

UNIVERSITÉ TOULOUSE III – PAUL SABATIER
FACULTÉS DE MÉDECINE

ANNÉE 2016

2016 TOU3 1550

THÈSE

POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE
MÉDECINE SPÉCIALISÉE CLINIQUE

Présentée et soutenue publiquement

par

Grégoire BENVENU

le 14 septembre 2016

**REPÉRAGE PRÉCOCE DES SUJETS A HAUT RISQUE DE
TRANSITION PSYCHOTIQUE EN INSTITUT THÉRAPEUTIQUE,
ÉDUCATIF ET PÉDAGOGIQUE : ENQUÊTE NATIONALE ET ÉTUDE
EXPLORATOIRE**

Directeur de thèse : Docteur Clara LETAMENDIA

Co-directeur de thèse : Docteur Michel VIGNES

JURY

Monsieur le Professeur Jean-Philippe RAYNAUD

Président

Monsieur le Professeur Philippe BIRMES

Assesseur

Madame le Professeur Marie-Odile KREBS

Assesseur

Monsieur le Docteur Michel VIGNES

Assesseur

Madame le Docteur Clara LETAMENDIA

Suppléant

Madame le Docteur Catherine JOHN

Membre invité

TABLEAU du PERSONNEL HU
des Facultés de Médecine de l'Université Paul Sabatier
au 1^{er} septembre 2015

Professeurs Honoraires

Doyen Honoraire	M. ROUGE D.	Professeur Honoraire	M. BARTHE
Doyen Honoraire	M. LAZORTHES Y.	Professeur Honoraire	M. CABARROT
Doyen Honoraire	M. CHAP H.	Professeur Honoraire	M. DUFFAUT
Doyen Honoraire	M. GUIRAUD-CHAUMEIL B	Professeur Honoraire	M. ESCAT
Doyen Honoraire	M. PUEL P.	Professeur Honoraire	M. ESCANDE
Professeur Honoraire	M. ESCHAPASSE	Professeur Honoraire	M. PRIS
Professeur Honoraire	Mme ENJALBERT	Professeur Honoraire	M. CATHALA
Professeur Honoraire	M. GEDEON	Professeur Honoraire	M. BAZEX
Professeur Honoraire	M. PASQUIE	Professeur Honoraire	M. VIRENQUE
Professeur Honoraire	M. RIBAUT	Professeur Honoraire	M. CARLES
Professeur Honoraire	M. ARLET J.	Professeur Honoraire	M. BONAFÉ
Professeur Honoraire	M. RIBET	Professeur Honoraire	M. VAYSSE
Professeur Honoraire	M. MONROZIES	Professeur Honoraire	M. ESQUERRE
Professeur Honoraire	M. DALOUS	Professeur Honoraire	M. GUITARD
Professeur Honoraire	M. DUPRE	Professeur Honoraire	M. LAZORTHES F.
Professeur Honoraire	M. FABRE J.	Professeur Honoraire	M. ROQUE-LATRILLE
Professeur Honoraire	M. DUCOS	Professeur Honoraire	M. CERENE
Professeur Honoraire	M. LACOMME	Professeur Honoraire	M. FOURNIAL
Professeur Honoraire	M. COTONAT	Professeur Honoraire	M. HOFF
Professeur Honoraire	M. DAVID	Professeur Honoraire	M. REME
Professeur Honoraire	Mme DIDIER	Professeur Honoraire	M. FAUVEL
Professeur Honoraire	Mme LARENG M.B.	Professeur Honoraire	M. FREXINOS
Professeur Honoraire	M. BES	Professeur Honoraire	M. CARRIERE
Professeur Honoraire	M. BERNADET	Professeur Honoraire	M. MANSAT M.
Professeur Honoraire	M. REGNIER	Professeur Honoraire	M. BARRET
Professeur Honoraire	M. COMBELLES	Professeur Honoraire	M. ROLLAND
Professeur Honoraire	M. REGIS	Professeur Honoraire	M. THOUVENOT
Professeur Honoraire	M. ARBUS	Professeur Honoraire	M. CAHUZAC
Professeur Honoraire	M. PUJOL	Professeur Honoraire	M. DELSOL
Professeur Honoraire	M. ROCHICCIOLI	Professeur Honoraire	M. ABBAL
Professeur Honoraire	M. RUMEAU	Professeur Honoraire	M. DURAND
Professeur Honoraire	M. BESOMBES	Professeur Honoraire	M. DALY-SCHVEITZER
Professeur Honoraire	M. SUC	Professeur Honoraire	M. RAILHAC
Professeur Honoraire	M. VALDIGUIE	Professeur Honoraire	M. POURRAT
Professeur Honoraire	M. BOUNHOURE	Professeur Honoraire	M. QUERLEU D.
Professeur Honoraire	M. CARTON	Professeur Honoraire	M. ARNE JL
Professeur Honoraire	Mme PUEL J.	Professeur Honoraire	M. ESCOURROU J.
Professeur Honoraire	M. GOUZI	Professeur Honoraire	M. FOURTANIER G.
Professeur Honoraire associé	M. DUTAU	Professeur Honoraire	M. LAGARRIGUE J.
Professeur Honoraire	M. PASCAL	Professeur Honoraire	M. PESSEY JJ.
Professeur Honoraire	M. SALVADOR M.	Professeur Honoraire	M. CHAVOIN JP
Professeur Honoraire	M. BAYARD	Professeur Honoraire	M. GERAUD G.
Professeur Honoraire	M. LEOPHONTE	Professeur Honoraire	M. PLANTE P.
Professeur Honoraire	M. FABIÉ	Professeur Honoraire	M. MAGNAVAL JF

Professeurs Émérites

Professeur ALBAREDE	Professeur JL. ADER
Professeur CONTÉ	Professeur Y. LAZORTHES
Professeur MURAT	Professeur L. LARENG
Professeur MANELFE	Professeur F. JOFFRE
Professeur LOUVET	Professeur B. BONEU
Professeur SARRAMON	Professeur H. DABERNAT
Professeur CARATERO	Professeur M. BOCCALON
Professeur GUIRAUD-CHAUMEIL	Professeur B. MAZIERES
Professeur COSTAGLIOLA	Professeur E. ARLET-SUAU
	Professeur J. SIMON

P.U. - P.H. Classe Exceptionnelle et 1ère classe		P.U. - P.H. 2ème classe	
M. ADOUE Daniel	Médecine Interne, Gériatrie	Mme BEYNE-RAUZY Odile	Médecine Interne
M. AMAR Jacques	Thérapeutique	M. BROUCHET Laurent	Chirurgie thoracique et cardio-vascul
M. ATTAL Michel (C.E)	Hématologie	M. BUREAU Christophe	Hépatogastro-entéro
M. AVET-LOISEAU Hervé	Hématologie, transfusion	M. CALVAS Patrick	Génétique
M. BIRMES Philippe	Psychiatrie	M. CARRERE Nicolas	Chirurgie Générale
M. BLANCHER Antoine	Immunologie (option Biologique)	Mme CASPER Charlotte	Pédiatrie
M. BONNEVIALLE Paul	Chirurgie Orthopédique et Traumatologie.	M. CHAIX Yves	Pédiatrie
M. BOSSAVY Jean-Pierre	Chirurgie Vasculaire	Mme CHARPENTIER Sandrine	Thérapeutique, méd. d'urgence, addict
M. BRASSAT David	Neurologie	M. COGNARD Christophe	Neuroradiologie
M. BROUSSET Pierre (C.E)	Anatomie pathologique	M. DE BOISSEZON Xavier	Médecine Physique et Réadapt Fonct.
M. BUGAT Roland (C.E)	Cancérologie	M. FOURNIE Bernard	Rhumatologie
M. CARRIE Didier	Cardiologie	M. FOURNIÉ Pierre	Ophthalmologie
M. CHAP Hugues (C.E)	Biochimie	M. GAME Xavier	Urologie
M. CHAUVEAU Dominique	Néphrologie	M. GEERAERTS Thomas	Anesthésiologie et réanimation
M. CHOLLET François (C.E)	Neurologie	Mme GENESTAL Michèle	Réanimation Médicale
M. CLANET Michel (C.E)	Neurologie	M. LAROCHE Michel	Rhumatologie
M. DAHAN Marcel (C.E)	Chirurgie Thoracique et Cardiaque	M. LAUWERS Frédéric	Anatomie
M. DEGUINE Olivier	Oto-rhino-laryngologie	M. LEOBON Bertrand	Chirurgie Thoracique et Cardiaque
M. DUCOMMUN Bernard	Cancérologie	M. MARX Mathieu	Oto-rhino-laryngologie
M. FERRIERES Jean	Epidémiologie, Santé Publique	M. MAS Emmanuel	Pédiatrie
M. FOURCADE Olivier	Anesthésiologie	M. MAZIERES Julien	Pneumologie
M. FRAYSSE Bernard (C.E)	Oto-rhino-laryngologie	M. OLIVOT Jean-Marc	Neurologie
M. IZOPET Jacques (C.E)	Bactériologie-Virologie	M. PARANT Olivier	Gynécologie Obstétrique
Mme LAMANT Laurence	Anatomie Pathologique	M. PARIENTE Jérémie	Neurologie
M. LANG Thierry	Bio-statistique Informatique Médicale	M. PATHAK Atul	Pharmacologie
M. LANGIN Dominique	Nutrition	M. PAYRASTRE Bernard	Hématologie
M. LAUQUE Dominique (C.E)	Médecine Interne	M. PERON Jean-Marie	Hépatogastro-entérologie
M. LIBLAU Roland (C.E)	Immunologie	M. PORTIER Guillaume	Chirurgie Digestive
M. MALAVAUD Bernard	Urologie	M. RONCALLI Jérôme	Cardiologie
M. MANSAT Pierre	Chirurgie Orthopédique	Mme SAVAGNER Frédérique	Biochimie et biologie moléculaire
M. MARCHOU Bruno	Maladies Infectieuses	Mme SELVES Janick	Anatomie et cytologie pathologiques
M. MOLINIER Laurent	Epidémiologie, Santé Publique	M. SOL Jean-Christophe	Neurochirurgie
M. MONROZIES Xavier	Gynécologie Obstétrique		
M. MONTASTRUC Jean-Louis (C.E)	Pharmacologie		
M. MOSCOVICI Jacques	Anatomie et Chirurgie Pédiatrique		
Mme MOYAL Elisabeth	Cancérologie		
Mme NOURHASHEMI Fatemeh	Gériatrie	P.U.	
M. OLIVES Jean-Pierre (C.E)	Pédiatrie	M. OUSTRIC Stéphane	Médecine Générale
M. OSWALD Eric	Bactériologie-Virologie		
M. PARINAUD Jean	Biol. Du Dévelop. et de la Reprod.		
M. PAUL Carle	Dermatologie		
M. PAYOUX Pierre	Biophysique		
M. PERRET Bertrand (C.E)	Biochimie		
M. PRADERE Bernard (C.E)	Chirurgie générale		
M. RASCOL Olivier	Pharmacologie		
M. RECHER Christian	Hématologie		
M. RISCHMANN Pascal (C.E)	Urologie		
M. RIVIERE Daniel (C.E)	Physiologie		
M. SALES DE GAUZY Jérôme	Chirurgie Infantile		
M. SALLES Jean-Pierre	Pédiatrie		
M. SANS Nicolas	Radiologie		
M. SERRE Guy (C.E)	Biologie Cellulaire		
M. TELMON Norbert	Médecine Légale		
M. VINEL Jean-Pierre (C.E)	Hépatogastro-entérologie		

P.U. - P.H.
 Classe Exceptionnelle et 1ère classe

P.U. - P.H.
 2ème classe

M. ACAR Philippe	Pédiatrie
M. ALRIC Laurent	Médecine Interne
Mme ANDRIEU Sandrine	Epidémiologie
M. ARLET Philippe (C.E)	Médecine Interne
M. ARNAL Jean-François	Physiologie
Mme BERRY Isabelle (C.E)	Biophysique
M. BOUTAULT Franck (C.E)	Chirurgie Maxillo-Faciale et Stomatologie
M. BUJAN Louis	Urologie-Andrologie
M. BUSCAIL Louis	Hépto-Gastro-Entérologie
M. CANTAGREL Alain (C.E)	Rhumatologie
M. CARON Philippe (C.E)	Endocrinologie
M. CHAMONTIN Bernard (C.E)	Thérapeutique
M. CHIRON Philippe (C.E)	Chirurgie Orthopédique et Traumatologie
M. CONSTANTIN Arnaud	Rhumatologie
M. COURBON Frédéric	Biophysique
Mme COURTADE SAIDI Monique	Histologie Embryologie
M. DELABESSE Eric	Hématologie
Mme DELISLE Marie-Bernadette (C.E)	Anatomie Pathologie
M. DIDIER Alain (C.E)	Pneumologie
M. ELBAZ Meyer	Cardiologie
M. GALINIER Michel	Cardiologie
M. GLOCK Yves	Chirurgie Cardio-Vasculaire
M. GOURDY Pierre	Endocrinologie
M. GRAND Alain (C.E)	Epidémiologie. Eco. de la Santé et Prévention
M. GROLLEAU RAOUX Jean-Louis	Chirurgie plastique
Mme GUIMBAUD Rosine	Cancérologie
Mme HANAIRE Hélène (C.E)	Endocrinologie
M. KAMAR Nassim	Néphrologie
M. LARRUE Vincent	Neurologie
M. LAURENT Guy (C.E)	Hématologie
M. LEVADE Thierry (C.E)	Biochimie
M. MALECAZE François (C.E)	Ophthalmologie
M. MARQUE Philippe	Médecine Physique et Réadaptation
Mme MARTY Nicole	Bactériologie Virologie Hygiène
M. MASSIP Patrice (C.E)	Maladies Infectieuses
M. RAYNAUD Jean-Philippe (C.E)	Psychiatrie Infantile
M. RITZ Patrick	Nutrition
M. ROCHE Henri (C.E)	Cancérologie
M. ROLLAND Yves	Gériatrie
M. ROSTAING Lionel (C.E).	Néphrologie
M. ROUGE Daniel (C.E)	Médecine Légale
M. ROUSSEAU Hervé (C.E)	Radiologie
M. SALVAYRE Robert (C.E)	Biochimie
M. SCHMITT Laurent (C.E)	Psychiatrie
M. SENARD Jean-Michel	Pharmacologie
M. SERRANO Elie (C.E)	Oto-rhino-laryngologie
M. SOULAT Jean-Marc	Médecine du Travail
M. SOULIE Michel (C.E)	Urologie
M. SUC Bertrand	Chirurgie Digestive
Mme TAUBER Marie-Thérèse (C.E)	Pédiatrie
M. VAYSSIERE Christophe	Gynécologie Obstétrique
M. VELLAS Bruno (C.E)	Gériatrie

M. ACCADBLED Franck	Chirurgie Infantile
M. ARBUS Christophe	Psychiatrie
M. BERRY Antoine	Parasitologie
M. BONNEVILLE Fabrice	Radiologie
M. BOUNES Vincent	Médecine d'urgence
Mme BURA-RIVIERE Alessandra	Médecine Vasculaire
M. CHAUFOUR Xavier	Chirurgie Vasculaire
M. CHAYNES Patrick	Anatomie
M. DAMBRIN Camille	Chirurgie Thoracique et Cardiovasculaire
M. DECRAMER Stéphane	Pédiatrie
M. DELOBEL Pierre	Maladies Infectieuses
M. DELORD Jean-Pierre	Cancérologie
Mme DULY-BOUHANICK Béatrice	Thérapeutique
M. FRANCHITTO Nicolas	Toxicologie
M. GALINIER Philippe	Chirurgie Infantile
M. GARRIDO-STÖWHAS Ignacio	Chirurgie Plastique
Mme GOMEZ-BROUCHET Anne-Muriel	Anatomie Pathologique
M. HUYGHE Eric	Urologie
M. LAFFOSSE Jean-Michel	Chirurgie Orthopédique et Traumatologie
M. LEGUEVAQUE Pierre	Chirurgie Générale et Gynécologique
M. MARCHEIX Bertrand	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
Mme MAZEREEUW Juliette	Dermatologie
M. MEYER Nicolas	Dermatologie
M. MINVILLE Vincent	Anesthésiologie Réanimation
M. MUSCARI Fabrice	Chirurgie Digestive
M. OTAL Philippe	Radiologie
M. ROUX Franck-Emmanuel	Neurochirurgie
M. SAILLER Laurent	Médecine Interne
M. TACK Ivan	Physiologie
Mme URO-COSTE Emmanuelle	Anatomie Pathologique
M. VERGEZ Sébastien	Oto-rhino-laryngologie

M.C.U. - P.H.		M.C.U. - P.H.	
M. APOIL Pol Andre	Immunologie	Mme ABRAVANEL Florence	Bactériologie Virologie Hygiène
Mme ARNAUD Catherine	Epidémiologie	M. BES Jean-Claude	Histologie - Embryologie
M. BIETH Eric	Génétique	M. CMBUS Jean-Pierre	Hématologie
Mme BONGARD Vanina	Epidémiologie	Mme CANTERO Anne-Valérie	Biochimie
Mme CASPAR BAUGUIL Sylvie	Nutrition	Mme CARFAGNA Luana	Pédiatrie
Mme CASSAING Sophie	Parasitologie	Mme CASSOL Emmanuelle	Biophysique
Mme CONCINA Dominique	Anesthésie-Réanimation	Mme CAUSSE Elisabeth	Biochimie
M. CONGY Nicolas	Immunologie	M. CHAPUT Benoit	Chirurgie plastique et des brûlés
Mme COURBON Christine	Pharmacologie	M. CHASSAING Nicolas	Génétique
Mme DAMASE Christine	Pharmacologie	Mme CLAVE Danielle	Bactériologie Virologie
Mme de GLISEZENSKY Isabelle	Physiologie	M. CLAVEL Cyril	Biologie Cellulaire
Mme DE MAS Véronique	Hématologie	Mme COLLIN Laetitia	Cytologie
Mme DELMAS Catherine	Bactériologie Virologie Hygiène	M. CORRE Jill	Hématologie
M. DUBOIS Damien	Bactériologie Virologie Hygiène	M. DEDOUIT Fabrice	Médecine Légale
Mme DUGUET Anne-Marie	Médecine Légale	M. DELPLA Pierre-André	Médecine Légale
M. DUPUI Philippe	Physiologie	M. DESPAS Fabien	Pharmacologie
M. FAGUER Stanislas	Néphrologie	M. EDOUARD Thomas	Pédiatrie
Mme FILLAUX Judith	Parasitologie	Mme ESQUIROL Yolande	Médecine du travail
M. GANTET Pierre	Biophysique	Mme EVRARD Solène	Histologie, embryologie et cytologie
Mme GENNERO Isabelle	Biochimie	Mme GALINIER Anne	Nutrition
Mme GENOUX Annelise	Biochimie et biologie moléculaire	Mme GARDETTE Virginie	Epidémiologie
M. HAMDJ Safouane	Biochimie	M. GASQ David	Physiologie
Mme HITZEL Anne	Biophysique	Mme GRARE Marion	Bactériologie Virologie Hygiène
M. IRIART Xavier	Parasitologie et mycologie	Mme GUILBEAU-FRUGIER Céline	Anatomie Pathologique
M. JALBERT Florian	Stomatologie et Maxillo-Faciale	Mme GUYONNET Sophie	Nutrition
Mme JONCA Nathalie	Biologie cellulaire	M. HERIN Fabrice	Médecine et santé au travail
M. KIRZIN Sylvain	Chirurgie générale	Mme INGUENEAU Cécile	Biochimie
Mme LAPEYRE-MESTRE Maryse	Pharmacologie	M. LAHARRAGUE Patrick	Hématologie
M. LAURENT Camille	Anatomie Pathologique	M. LAIREZ Olivier	Biophysique et médecine nucléaire
Mme LE TINNIER Anne	Médecine du Travail	Mme LAPRIE Anne	Cancérologie
M. LHERMUSIER Thibault	Cardiologie	M. LEANDRI Roger	Biologie du dével. et de la reproduction
M. LOPEZ Raphael	Anatomie	Mme LEOBON Céline	Cytologie et histologie
Mme MONTASTIER Emilie	Nutrition	M. LEPAGE Benoit	Bio-statistique
M. MONTOYA Richard	Physiologie	Mme MAUPAS Françoise	Biochimie
Mme MOREAU Marion	Physiologie	M. MIEUSSET Roger	Biologie du dével. et de la reproduction
Mme NOGUEIRA M.L.	Biologie Cellulaire	Mme NASR Nathalie	Neurologie
M. PILLARD Fabien	Physiologie	Mme PERIQUET Brigitte	Nutrition
Mme PRERE Marie-Françoise	Bactériologie Virologie	Mme PRADDAUDE Françoise	Physiologie
Mme PUISSANT Bénédicte	Immunologie	M. RIMAILHO Jacques	Anatomie et Chirurgie Générale
Mme RAGAB Janie	Biochimie	M. RONGIERES Michel	Anatomie - Chirurgie orthopédique
Mme RAYMOND Stéphanie	Bactériologie Virologie Hygiène	Mme SOMMET Agnès	Pharmacologie
Mme SABOURDY Frédérique	Biochimie	M. TKACZUK Jean	Immunologie
Mme SAUNE Karine	Bactériologie Virologie	Mme VALLET Marion	Physiologie
M. SILVA SIFONTES Stein	Réanimation	Mme VEZZOSI Delphine	Endocrinologie
M. SOLER Vincent	Ophthalmologie		
M. TAFANI Jean-André	Biophysique		
M. TREINER Emmanuel	Immunologie		
Mme TREMOLLIERS Florence	Biologie du développement		
M. TRICOIRE Jean-Louis	Anatomie et Chirurgie Orthopédique		
M. VINCENT Christian	Biologie Cellulaire		

M.C.U.

M. BISMUTH Serge	Médecine Générale
Mme ROUGE-BUGAT Marie-Eve	Médecine Générale
Mme ESCOURROU Brigitte	Médecine Générale

Maîtres de Conférences Associés de Médecine Générale

Dr BRILLAC Thierry
Dr ABITTEBOUL Yves
Dr CHICOULAA Bruno
Dr IRI-DELAHAYE Motoko

Dr BISMUTH Michel
Dr BOYER Pierre
Dr ANE Serge

Monsieur le professeur Jean-Philippe RAYNAUD

Vous nous faites l'honneur de présider ce jury.

Nous avons, dès la première année de médecine, apprécié votre engagement pédagogique et votre dynamisme. Nous vous sommes particulièrement reconnaissant de la confiance que vous nous témoignez.

Nous vous remercions de nous avoir fait l'honneur de juger ce travail.

Monsieur le professeur Philippe BIRMES

Nous avons apprécié la qualité de votre enseignement et vos qualités de chercheur.

Nous vous remercions de nous avoir fait l'honneur de juger ce travail.

Madame le professeur Marie-Odile KREBS

Vous nous faites l'honneur de juger ce travail.

Spécialiste reconnue de la prise en charge précoce des sujets à haut risque de psychose, nous vous sommes reconnaissant de nous apporter vos connaissances à la critique de notre travail.

Veillez trouver ici l'expression de notre grand respect.

Monsieur le docteur Michel VIGNES

Nous vous remercions d'avoir accompagné ce travail.

Lors de notre semestre au sein de l'EMPEA, nous avons été marqué par la justesse de votre regard clinique, votre dynamisme et votre sens du compagnonnage. Nous nous réjouissons de poursuivre notre formation à vos côtés pour les deux prochaines années.

Madame le docteur Clara LETAMENDIA

Je te remercie d'avoir très spontanément accepté d'encadrer ce travail.

J'ai eu la chance de travailler à tes côtés, et de bénéficier de ta rigueur clinique et de ton enseignement. Il me semble que ce travail de thèse ne pouvait se passer du regard d'un psychiatre d'adultes. Tu m'as aiguillé tout le long de cette thèse avec franchise, justesse et disponibilité, ce dont je te suis particulièrement reconnaissant.

Madame le docteur Catherine JOHN

Vous nous avez accompagné dans l'élaboration de cette thèse, mais aussi dans la découverte du secteur médico-social. Vous nous avez fait partager vos réflexions et guidé dans la construction de notre étude, malgré les turbulences rencontrées.

Nous nous félicitons de continuer à vos côtés notre formation, pour les deux années à venir.

Je remercie également les docteurs **Barbara BERNHEIM-LE CŒUR** (ITEP L'Oustalet) et **Christophe PERRAULT** (ITEP Château Sage) pour leur aide précieuse, que ce soit dans les suggestions de lecture, « l'initiation » au secteur médico-social et l'organisation des entrevues avec les adolescents.

Merci à madame **Zélia HARBONN-PRESTAT** et à monsieur **Mickael JEAN**, psychologues à l'ITEP Le Home, pour leur aide clinique et leur disponibilité.

Merci également à madame **Suzanne LALOYE**, pour sa disponibilité, ses conseils et son implication, en me réjouissant de travailler à vos côtés dans un avenir très proche.

Merci au docteur **Rémy PUYUELO** d'avoir pris le temps de répondre à mes quelques questions.

Enfin, les entretiens à l'ITEP du Home n'auraient jamais eu lieu sans l'aide et l'efficacité de madame **Mireille BRUNIERA** : merci de votre patience !

Je tiens également à exprimer ma vive reconnaissance auprès des médecins ayant accepté de participer à cette enquête nationale, et sans qui ce travail n'aurait pas été possible :

Dr Gérald ALLOY, ITEP de Cruzille (71)
Dr Jean-Bernard ANDRIEU, ITEP de Croix (59)
Dr Dominique ASSANDRI, ITEP La Luerna (06)
Dr Mohamed BAKIR, ITEP Centre Le Comminges (31)
Dr Sylvestre BARANCIRA, ITEP La Myriam (972)
Dr Jean-Damien BARRA, ITEP de Domois (21)
Dr Romain BARRABAND, ITEP Les Ormes (31)
Dr Lise BARTHÉLÉMY, ITEP Bourneville (34)
Dr Pierre BAUDRAND, ITEP La Forêt (83)
Dr Éric BAZIN, ITEP de Sarriette (13)
Dr Aziz BELLAHMER, ITEP Meyzieu (69)
Dr Wissem BEN MAKHLOUF, ITEP de Vienne (38)
Dr Christine BODART, ITEP Gai Soleil (04)
Dr Marc BONNARD, ITEP L'Hirondelle (33)
Dr Francis BONNIN, ITEP du Cher (18)
Dr Philippe BOSSONNEY, ITEP ARI (84)
Dr Michel BOUBLIL, ITEP UGECAM (06)
Dr Éric BOULARAN, ITEP de Gascogne (40)
Dr Monique BOULOT, ITEP Villa Blanche Peyron (30)
Dr Charles BOYER, ITEP Les Aubrys (72)
Dr Marc CASTELEYN, ITEP d'Agneaux (50)
Dr Gilles CÈBE, ITEP Alès-Cévennes (30)
Dr Jean-Yves CELMA, ITEP des Adours et des Nestes (65)
Dr Séverine CHAPPUIS, ITEP Bellefonds (33)
Dr Xavier CHASSAIN, ITEP Louise Paulin (81)
Dr Yves-André CHENEY, ITEP Félix Eboué (973)
Dr Géraldine CHERNET, ITEP Idekia (64)
Dr Solène CHEVALLIER, ITEP Les Chesnaies (49)
Dr Abdelhakim CHIBOUB, ITEP de Sillans la Cascade (83)
Dr Gérard CLAIR, ITEP Saint-Jean (37)
Dr Claude CLAVERIE, ITEP Bellesagne (48)
Dr Christian COLBEAUX, ITEP de Tressin et Douai (59)
Dr Daniel COLSON, ITEP Les Forges (51)
Dr Myriam DE GROLEE, ITEP de Ham (80)
Dr Michel DEGUILHEM, ITEPA Le Chantier (24)
Dr Catherine DELACHENAL, ITEP de La Ravoire (73)
Dr Christian DELAFONT, ITEP Le Genévrier (30)
Dr Marc DELAHAIE, ITEP Sainte-Gemme (11)
Dr Olivier DELERIS, ITEP Logis Saint-François (76)
Dr Françoise DESARNAUTS, ITEP Le chemin (81)
Dr Marie-Renée DEYGAS, ITEP EOLE (07)
Dr Bernard D'IVERNOIS, ITEP de Massip (12)
Dr Laurence DRENO, ITEP La Papotière (44)
Dr Dominique DUJOLS, ITEP de Campestre (34)
Dr Sylvie DULAURANS-LAFAGE, ITEP de Roaillan (33)
Dr Fabienne DUPIN, ITEP Le Willerhof (67)
Dr Emmanuelle DUPREY, ITEP Vallée de l'Odon (14)
Dr Fabien DURIF, ITEP Les Ormes (31)
Dr Gilles ESNAULT, ITEP Fondation Lucy Lebon (52)
Dr Jean-Louis FARENC, ITEP Languedoc (34)
Dr Nouchine FELIX, ITEP Vosgelade et Henri Wallon (06)
Dr Dominique FENEON-LANDOU, ITEP Lafayette (43)
Dr Magali FERNANDEZ, ITEP La Grande Allée (31)
Dr Michel FERRAND, ITEP Saint-Nicolas (90)
Dr Martine FERRIÈRE, Le Mont Lozère (34)
Dr FLORY, ITEP Vincent de Paul Moselle-Est (57)
Dr Corinne FREVILLE, ITEP EDPAMS (08)
Dr Serge GALLEY, ITEP des Albarèdes (82) et de Figeac (46)
Dr Marie-Noëlle GAUDEUL, ITEP Beaulieu (64)
Dr Caroline GELLATO, ITEP Les Moineaux de l'Ermitage (83)
Dr Jacques GOGUÉ, ITEP La Houssaye (27)
Dr Michèle GONZALEZ, ITEP Bastides (13)
Dr Jean-Pierre GOUDOT, ITEP de Senonches (28)
Dr Cédric GRANET, ITEP L'Écossais (69)
Dr Nathalie GUALDO, ITEP les Alaniers de Brou (01)
Dr Jean-Louis GUILLON, ITEP Bois de Servagnet (38)
Dr Séverine HERNANDEZ-MORIN, ITEP Aisy-sous-Thil (21)
Dr Jean-Charles HEURTEL, ITEP L'Éclaircie (76)
Dr Dominique HOUDET, ITEP le Quengo (56)
Dr Françoise JOSEPH-GENTET, ITEP Nord-Littoral (13)
Dr Marc JOUAN, ITEP Métropole (59)
Dr Dina JOUBREL, ITEP Tomkiewicz (35)
Dr Catherine KRETZSCHMAR, ITEP de Notre-Dame de Guindalos (64)
Dr Marie-Pierre LABROSSE, ITEP L'Essor Pradelles (43)
Dr Jacqueline LACOUR-DUMAZAC, ITEP L'ESSOR Monferran-Savès (32)
Dr Brigitte LACROIX-DRICI, ITEP Jacques Pauly (59)
Dr Bruno LE QUANG, ITEP Philippe Monello (32)
Dr Sandrine LE ROUZES, ITEP Jacques Prévert (92)
Dr Laurence L'HOSTIS-LE LOUARN, ITEP Le Logis (78)
Dr Jacques LORIUS, ITEP Beaulieu (74)
Dr Gilles MALBURET, ITEP de Gèvres (44)
Dr Anne MALGOIRE-LORIN, ITEP Bourneville (34)
Dr Céline MAS, ITEP Naridel (81)
Dr Jean-Pascal MEDURIO, ITEP Home Vivarois (07)
Dr Pierre-François MERMBERG, ITEP Champthierry (61)
Dr Omar MESSAOUD, ITEP La Rosace (61)
Dr Marc MIGNONAT, ITEP Gérard Forgues (64)
Dr Évelyne MIQUEL-GARCIA, ITEP 77 (83)
Dr Olivier MOORE, IME-ITEP du Val de Nièvre (80)
Dr Auréla MOULIERAS, Institut Suzanne Léger (87)
Dr Eugène MOUSSU, ITEP Les Liserons et ITEP La Pavrière (69)
Dr Philippe MUNCK, ITEP de Millegrand (11)
Dr Lilian NICOLAS, ITEP Les Colines (26)
Dr Jean-Marie PATTIER, ITEP du Pays Dacquois (40)
Dr Agnès PIERNIKARCH, ITEP Château de Brunehaut (91)
Dr Philippe PRUDENT, ITEP Association St Michel le Haut (39)
Dr Jean-Christophe QUENTIN, ITEP Fondation Robert (17)
Dr Mariana RABIH, ITEP Le Château de Lorry (57)
Dr Isabelle RABILLER, ITEP Les Sources (38)
Dr Martine RADONDE, ITEP d'Urac (65)
Dr Nathalie RAULT, ITEP de Guron (86)
Dr Patrick REBOUL, ITEP Jean Laporte (63)
Dr Bernard RIVOIRE, Institut Pierre Chanay (71)
Dr Dominique ROBERT, ITEP Champ Goubert (14)
Dr Fabienne ROGEAU, ITEP Fernand Deligny (59)
Dr Jean-Louis ROUBIRA, ITEP CEFORD (86)
Dr Isabelle SABBAAH-LIM, ITEP de Chevaleret (75)
Dr Thérèse SAINT-PIERRE-CAYLUS, CME Notre-Dame d'Espérance (81)
Dr Emmanuel SAUTEREAU, ITEP de Saint-Georges (89)
Dr Frédéric SCHEIDER, ITEP de Sainte-Anne (971)
Dr Bruno SCHMITT, ITEP Home Fleuri (74)
Dr Rodolphe SNAPIR, ITEP Lescout (32)
Dr Peter STEPANEK, ITEP La Tour du Criou (09)
Dr Emmanuelle STEPHAN, ITEP Les Mouettes (27)
Dr Amine TABECHE, ITEP Léon Marron (27)
Dr Barbara THOMAZEAU, ITEP François Tosquelles (66)
Dr Anne VILLAND, ITEP Maria Dubost (69)
Dr Geneviève VILLEGIER-CLAMAGIRAND, ITEP Manoir Émilie (17)
Dr Daniel ZIMMER, ITEP Pierre-Paul Blanck (67)

À mes parents qui m'ont toujours encouragé et soutenu, merci pour tout !!

À Flora, Victor et Léo, avec toute mon affection.

À ma belle-famille : Hélène, Jean-Marc, Marine & Kolon, Pierre & Marie.

À la flamboyante fraternité du « *Boussens* » : Antoine, Boris, Clément, Jérémie, Kamal, Mathieu, Romain, Vincent & Yacine, plus pudiquement connus sous les noms de scène de *Tonio le smurfleur glauque*, *Papa Bobo*, *Kéké*, *Jéjé*, *One More Bed*, *Jaw*, *Dent Cassée*, *Vinsou* et *Yass*.

À mon ami Mephew, seul polymathe répertorié à Cadours Saraillé.

Aux amitiés de l'internat :

À Damien, et nos discussions inquiètes sur l'inconscient

À Pauline R., qui sait tout sur tout le monde !

À Pauline P., la bibliophage de Lannemezan

À Alexis, alias « l'épistémophile tactile »

Aux co-internes croisés durant ces quatre années : Gwennola, *Los Barbosos* alias Sylvain Young & Francisco, le père Labbé et son sac à dos vide, Alice et Pauline.

À tous les médecins et équipes soignantes de l'unité ado de Lannemezan, des urgences psychiatriques, de l'UF1, de l'équipe mobile de l'hôpital des enfants, de la Villa Ancely, de l'UF2, du PAJA et de la PMI d'Aucamville.

Avec une pensée spéciale pour le Dr Axel Bourcier, grand pédagogue et spécialiste de la pyramide de la confiance, pour Miguel et ses drôles de dames de la VA, ainsi qu'à toute la formidable petite équipe de l'EMIC !

Au Dr Pascal Marie, pour ses qualités de superviseur.

Aux équipes médicales et paramédicales de la clinique Aufréry.

À mes amours, les belles Ariane et Cassandre.

Table des matières

1. Revue de la littérature

1.1. Introduction

1.2. La schizophrénie

1.2.1. Aspects historiques

1.2.2. Épidémiologie

1.2.3. Aspects cliniques

1.2.3.1. La dimension positive ou paranoïde

1.2.3.2. La dimension de désorganisation : la dissociation d'Eugen Bleuler

1.2.3.3. La dimension négative ou l'appauvrissement de la vie psychique

1.2.3.4. Les troubles cognitifs

1.2.4. L'entrée dans la maladie

1.2.5. Définition internationale

1.2.6. Particularités des formes précoces de schizophrénie

1.3. Vulnérabilité à la schizophrénie et hypothèses physiopathologiques

1.3.1. De l'aptitude à l'idée d'une vulnérabilité

1.3.2. L'hypothèse neurodéveloppementale de la schizophrénie

1.3.2.1. La vulnérabilité génétique

1.3.2.2. Facteurs de risque précoces

1.3.2.3. Facteurs de risque tardifs

1.3.2.4. Anomalies cliniques prémorbides

1.3.3. La schizophrénie, une pathologie de l'adolescence ?

1.4. Schizophrénie et sujets à haut risque de transition psychotique

1.4.1. Les différentes phases de la maladie

1.4.2. Quels prodromes ?

1.4.2.1. Les études rétrospectives

1.4.2.2. Une approche différente : le concept de « prépsychose »

1.4.3. Les sujets à haut risque de transition psychotique

1.4.3.1. Le modèle des symptômes de base et son outil d'évaluation

1.4.3.2. Le modèle d'état mental à risque et ses outils d'évaluation

1.4.3.3. Devenir des sujets à haut risque

1.4.4. Prise en charge précoce des sujets à haut risque

1.4.4.1. Enjeux du repérage et de la prise en charge précoce

1.4.4.2. Le staging clinique

1.4.4.3. L'apport des psychothérapies

1.4.4.4. Le recours au traitement médicamenteux

1.4.4.4.1. Les antipsychotiques

1.4.4.4.2. Les antidépresseurs

1.4.4.5. Le « case management »

1.4.5. Mais en pratique ?

1.5. Les instituts thérapeutiques, éducatifs et pédagogiques

1.5.1. Définition

1.5.2. Historique

1.5.3. Population accueillie en ITEP

1.5.4. Au-delà de la nosographie psychiatrique

1.6. ITEP et sujets à haut risque de transition psychotique

1.7. Conclusion

2. Étude empirique

2.1. État des lieux des connaissances des médecins travaillant en ITEP sur le concept de sujets à haut risque de transition psychotique et évaluation de la mise en place d'une stratégie de repérage

2.1.1. Matériel et méthode

2.1.1.1. Contexte clinique et design

2.1.1.2. Participants et procédure

2.1.1.3. Le questionnaire

2.1.2. Résultats

2.1.2.1. Présence médicale en ITEP et taux de répondants

2.1.2.2. Quels médecins et quels jeunes en ITEP ?

2.1.2.2.1. Profils et pratiques médicales

2.1.2.2.2. Population d'enfants et d'adolescents accueillis

2.1.2.3. Prise en charge psychiatrique en ITEP

2.1.2.3.1. Suivi psychiatrique en ITEP

2.1.2.3.2. Quelle place pour le suivi psychiatrique extérieur ?

2.1.2.3.3. Gestion des prescriptions médicamenteuses

- 2.1.2.3.4. Quel relais psychiatrique pour ces jeunes ?
- 2.1.2.4. Troubles schizophréniques et ITEP
- 2.1.2.5. Repérage des sujets à risque en ITEP
 - 2.1.2.5.1. Attention portée aux prodromes
 - 2.1.2.5.2. Prise en charge des prodromes
 - 2.1.2.5.3. Le modèle des sujets à haut risque et ses outils d'évaluation
 - 2.1.2.5.4. La place du dépistage en ITEP
- 2.1.3. Discussion
 - 2.1.3.1. La place du médecin et du soin psychiatrique en ITEP
 - 2.1.3.2. Schizophrénie et phase prodromique
 - 2.1.3.3. Le modèle des sujets à haut risque
 - 2.1.3.4. La question éthique

2.2. Passation de la CAARMS auprès de jeunes pris en charge en ITEP : étude exploratoire

- 2.2.1. Matériel et méthode
 - 2.2.1.1. Objectifs
 - 2.2.1.2. Participants
 - 2.2.1.3. L'outil d'évaluation : la CAARMS
 - 2.2.1.4. Critères de faisabilité
 - 2.2.1.5. La procédure
 - 2.2.1.5.1. Organisation de la passation de la CAARMS
 - 2.2.1.5.2. Déroulement d'un entretien type
- 2.2.2. Résultats
 - 2.2.2.1. Participants
 - 2.2.2.2. Faisabilité de la passation de la CAARMS
 - 2.2.2.2.1. Participation et organisation des entretiens
 - 2.2.2.2.2. Passation de la CAARMS
 - 2.2.2.3. Cotation de la CAARMS
- 2.2.3. Discussion
 - 2.2.3.1. Faisabilité de la passation
 - 2.2.3.1.1. Points positifs
 - 2.2.3.1.2. Difficultés rencontrées
 - 2.2.3.2. Quelles seraient les alternatives ?

2.3. Forces et faiblesses

2.3.1. De l'enquête nationale

2.3.2. De l'étude exploratoire

3. Conclusion

4. Bibliographie

5. Annexes

Annexe 1. Questionnaire de l'enquête nationale

Annexe 2. Version française de la *Comprehensive Assessment of At Risk Mental State*

REVUE DE LA LITTÉRATURE

1

1.1. Introduction

Affection mentale grave apparaissant à l'adolescence et chez le jeune adulte, la schizophrénie est une pathologie entraînant une modification profonde et durable de la personnalité. L'évolution en est généralement perçue comme inéluctablement associée à une altération majeure du fonctionnement, cependant l'apparition des traitements neuroleptiques a joué un rôle fondamental dans l'infléchissement de cette tendance évolutive (Kecskeméti, 2015).

Si la genèse d'un tel trouble est étudiée de longue date, la recherche tend depuis une vingtaine d'années vers un modèle neurodéveloppemental, la maladie résultant alors de l'interaction d'une vulnérabilité génétique avec des facteurs de risque environnementaux (Gourion et coll., 2004).

L'étude des symptômes prodromiques, qui précèdent de quelques années la décompensation psychotique, a conduit à la création d'un nouveau paradigme. Apparu dans la littérature il y a une vingtaine d'années, le modèle de « sujets à haut risque » (McGorry et coll., 2003; Yung et McGorry, 1996) vise à un repérage précoce des individus chez qui une transition psychotique est imminente. Des programmes d'intervention spécifiques sont décrits, avec pour objectif une prise en charge pluridisciplinaire, globale et personnalisée, dont les résultats sont plus significatifs qu'une prise en charge standard (Marshall et Rathbone, 2011).

Les travaux de recherche actuels incitent à la mise en place de tels dispositifs de détection précoce, notamment via la création de structures dédiées, ou plus simplement, en utilisant des instruments de repérage validés au sein des unités de soins déjà existantes. Cependant, jusqu'à aujourd'hui, aucune étude ne s'est concentrée sur l'utilisation d'un tel modèle de dépistage en ITEP.

1.2. La schizophrénie

1.2.1. Aspects historiques

Dès le XIX^e siècle, les écoles françaises et allemandes d'aliénisme, s'interrogent sur ces tableaux cliniques florides qui affectent l'adolescent et le jeune adulte et évoluent vers une désorganisation de la personnalité. Objets de multiples descriptions – idiotisme de Morel (1853), hébéphrénie d'Ecker (1871), catatonie de Kahlbaum (1874) –, c'est au psychiatre allemand Emil Kraepelin que l'on en doit la première synthèse, sous le nom de démence précoce (Kraepelin, 1907), dont la caractéristique principale est son évolution progressive vers un état d'affaiblissement psychique. Refusant le concept de « démence », Eugen Bleuler (1911), introduit le terme de schizophrénie, dont le mécanisme pathogène fondamental est la scission (*Spaltung*) des fonctions psychiques, qu'il

décrit comme un noyau déficitaire primaire. En réaction à ce processus de dislocation, des symptômes secondaires sont susceptibles d'apparaître, tels que des hallucinations ou des idées délirantes. Il construit également le néologisme d'autisme (par contraction de la notion freudienne d'autoérotisme), pour rendre compte de la tendance au retrait et au repli sur soi de ces patients. À la théorie neurodégénérative purement descriptive de Kraepelin, Bleuler oppose une conception de la maladie teintée de psychologie.

Parmi les travaux historiquement importants découlant de Bleuler, citons l'approche phénoménologique de Karl Jaspers (1946) pour qui l'altération de la modalité de communication empathique est centrale dans la schizophrénie, et conduit à une absence de compréhension de l'expérience individuelle. De son côté, Kurt Schneider (1959) définit onze symptômes de premier rang fondés sur le sentiment d'une intervention d'autrui dans les pensées du sujet. Il décrit les manifestations suivantes, pathognomoniques selon lui : « *publication de la pensée, audition de voix sous forme de propos et de répliques, audition de voix qui accompagnent de remarques les agissements du malade, expériences corporelles d'influence, vol de la pensée et autres influences de la pensée, diffusion de la pensée, perception délirante, ainsi que tout ce qui est fait ou influencé par d'autres dans le domaine des sentiments, des tendances (pulsions) et de la volonté* ».

Les définitions actuelles de la schizophrénie (CIM 10 de l'Organisation Mondiale de la Santé ou DSM 5 de l'American Psychiatric Association) s'appuient sur ces différents apports et incorporent la chronicité kraepelienne, les symptômes négatifs de Bleuler, et les symptômes positifs de Schneider. (Tandon et coll., 2009)

1.2.2. Épidémiologie

La schizophrénie est une pathologie retrouvée dans le monde entier. L'universalité de ce trouble est étudiée dès le début du XX^e siècle par la célèbre entreprise de « psychiatrie comparée » d'Emil Kraepelin, qui voyage jusqu'à l'île de Java où il décrit des formes cliniques similaires à la démence précoce (Granger et Naudin, 2006). Les résultats de l'enquête internationale de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) et les travaux de Jablensky (Jablensky et Sartorius, 1988) confirment ce constat.

La schizophrénie est la psychose la plus fréquente chez l'adulte et touche environ 24 millions de personnes à travers le monde, selon l'OMS. D'après le DSM-IV, la prévalence vie entière est habituellement située entre 0,5 et 1 %. Cependant, une méta-analyse l'estime plutôt à 4,0/1000 [1,8 – 11,6] (Saha et coll., 2005). L'incidence annuelle (nouveaux cas par an) se situe dans la fourchette 0,16 – 0,42/1000 (Jablensky et coll., 1992). En terme de prévalence, le *sex-ratio* est de 1/1, mais

l'incidence apparaît plus élevée chez les hommes, pour lequel le risque relatif vie entière (par rapport aux femmes) est de 1,4 (McGrath et coll., 2008).

1.2.3. Aspects cliniques

Même si la définition actuelle de la schizophrénie doit beaucoup aux travaux des psychiatres précédemment cités, le diagnostic apparaît aujourd'hui plus complexe, se basant sur un faisceau d'arguments sémiologiques, l'évolution de la symptomatologie et l'exclusion de certaines affections organiques, iatrogènes ou toxiques, d'expression psychotique.

Il s'agit d'une pathologie débutant classiquement entre 15 et 25 ans. Le mode d'entrée dans la maladie peut être brutal, on parle alors d'épisode psychotique aigu, ou insidieux, avec une symptomatologie d'installation progressive.

Le trouble schizophrénique se caractérise par la diversité des signes et symptômes qui peuvent s'exprimer de façon variable selon les patients. Ils sont habituellement regroupés en un trépied syndromique, auxquels s'associent des troubles cognitifs (Tandon et coll., 2009).

1.2.3.1. La dimension positives ou paranoïde

Caractérisée par une perte de contact avec la réalité, elle comporte les symptômes délirants et hallucinatoires, les distorsions de la réalité.

Les idées délirantes sont dites paranoïdes, classiquement polymorphes, mal systématisées et de nature bizarre. Bien que l'on puisse retrouver les traditionnels symptômes de premier rang schneidérien (citons entre autre la diffusion et le vol de pensées, le syndrome d'influence), les délires de persécution et les idées de référence sont les plus fréquemment observés. L'analyse de la production délirante doit toujours tenir compte du cadre socioculturel et de l'histoire de vie du patient, qui en teintent toujours l'expression et le contenu.

Les hallucinations peuvent affecter chacune des cinq modalités sensorielles, bien que les hallucinations auditives soient les plus communes et volontiers de nature persécutoire. On isole de ces manifestations psychosensorielles, les hallucinations intra-psychiques, de nature idéique, dont *l'automatisme mental* en est la meilleure synthèse. La clinique de ce syndrome regroupe l'énonciation et le commentaire des actes et des pensées, l'écho de la pensée et de la lecture, le vol et le devinement de la pensée, ainsi que les impulsions verbales (Clérambault, 1942).

Pour quelques auteurs historiques, certains symptômes seraient inauguraux d'une entrée dans la schizophrénie. Ainsi, H. Ey repère le syndrome de dépersonnalisation comme une des manifestations initiales de la maladie, en lien avec la déstructuration de la personnalité (Ey et coll., 1960), tandis que G. de Clérambault fait de l'automatisme mental le noyau basal de la psychose, autour duquel se construit le délire et l'activité hallucinatoire psychosensorielle (Clérambault, 1942).

Aucun de ces symptômes n'est pathognomonique. Cependant la bizarrerie du contenu délirant et l'incongruence avec l'humeur sont les deux principaux éléments suggérant un diagnostic de schizophrénie (Tandon et coll., 2009). Le délire est flou, diffluent, incohérent, avec une prédominance des hallucinations et de l'automatisme mental.

Cette dimension est sous-tendue par une hyperactivité dopaminergique mésolimbique, avec une bonne réponse aux traitements antipsychotiques.

1.2.3.2. La dimension de désorganisation : la dissociation d'Eugen Bleuler

Dans son descriptif princeps, Bleuler rattache la désorganisation du cours de la pensée à la perte de la capacité d'association, qu'il considère comme le déficit fondamental de la schizophrénie. Bien que cette hypothèse soit éculée – le relâchement des processus associatifs n'affectant pas tous les patients souffrant de schizophrénie et étant retrouvée dans d'autres pathologies, notamment la manie –, la désorganisation psychique est appréciable chez le patient à différents niveaux : intellectuel, affectif ou comportemental.

La *désorganisation intellectuelle*, fait référence à un délitement progressif du système logique, conduisant à des troubles du cours de la pensée et du langage. On distingue là aussi deux dimensions : l'une « positive », incluant un relâchement des associations et une diffluence, fruits d'une production idéique chaotique et mal dirigée, ainsi que des altérations sémantiques au niveau du langage (néologismes, paralogismes) ; l'autre « négative », avec une pauvreté du contenu de la pensée, émaillée de barrages ou d'un *fading* mental (extinction progressive du contenu de la pensée), et pouvant évoluer jusqu'à un mutisme complet (Tandon et coll., 2009).

La *désorganisation comportementale* est souvent associée aux troubles du cours de la pensée, généralement sous la forme d'une discordance entre le contenu idéique et son expression affective ou motrice, sans que le patient n'en ait conscience. Citons comme exemple les sourires ou rires immotivés, inappropriés dans leur contexte de survenue.

Ces symptômes sont généralement plus marqués en phase de décompensation, relativement persistants et de mauvais pronostic.

Même si certains troubles cognitifs ont pu être reliés aux troubles formels de la pensée, tels l'altération des fonctions exécutives et du traitement de l'information sémantique (Kerns et Berenbaum, 2002), le mécanisme sous-tendant la désorganisation reste inconnu.

1.2.3.3. La dimension négative ou l'appauvrissement de la vie psychique

Les symptômes négatifs impliquent une détérioration des fonctions affectives, cognitives et conatives. L'appauvrissement de l'expression et de l'expérience affective peut induire un état d'anhédonie, avec une perte du sentiment du plaisir, ou d'athymhormie, tableau singulier associant une perte d'élan vital à un état de vide affectif. Le patient souffrant de schizophrénie dégage alors un sentiment d'indifférence et de froideur, qui bien souvent entrave les capacités de sociabilisation.

Au niveau comportemental, les cliniciens observent une aboulie (perte de la volonté et de l'initiative), un apragmatisme (perte de capacité à faire les choses) ou une apathie (Andreasen, 1982 ; Crow, 1980). Les tableaux les plus sévères peuvent aboutir au « repli autistique » bleulérien, rare de nos jours, défini par l'abolition progressive des conduites sociales et menant à des tableaux d'isolement, de claustration et d'incurie parfois dramatiques.

Sont également observés des altérations cognitives, avec notamment une alogie (pauvreté du discours et de son contenu) d'intensité variable.

Différents facteurs étiologiques peuvent contribuer à l'expression de symptômes négatifs dans le contexte d'une schizophrénie et il convient de distinguer les symptômes négatifs primaires, intrinsèques au processus morbide, des symptômes négatifs secondaires, rattachés à des facteurs extrinsèques, mais fortement associés à la pathologie schizophrénique, tels que l'isolement socio-affectif, les effets secondaires des neuroleptiques ou encore une dépression (Carpenter et coll., 1988 ; Kirkpatrick et coll., 2006).

La physiopathologie de cette dimension négative reste mal connue, et les traitements existants demeurent peu efficaces.

1.2.3.4. Les troubles cognitifs

Les recherches de ces dernières années ont mis en avant l'importance et la nature des troubles cognitifs associés à la schizophrénie. Ceux-ci semblent affecter à la fois la neurocognition, dite cognition « froide » (attention, mémoire, fonction exécutive, etc.), et la cognition sociale dite « chaude », qui sous-tend les relations inter-personnelles via la perception, l'interprétation et la production de réponses aux intentions, les dispositions et les comportements des autres (Green et

coll., 2008).

Ces troubles ne sont pas spécifiques de la maladie, mais demeurent invalidants et fréquents. On estime en effet que 70 à 80 % des patients souffrant de schizophrénie présentent des troubles neurocognitifs, les plus fréquents touchant la mémoire épisodique, la vitesse de traitement, la fluence verbale, l'attention ou encore les fonctions exécutives et la mémoire de travail. (Tandon et coll., 2009). L'expression de ces troubles est hétérogène et leur présence n'est que faiblement corrélée à la plainte cognitive des patients, seule la réalisation d'un bilan neuropsychologique permet d'en objectiver la teneur.

Ces troubles présentent d'importantes répercussions fonctionnelles et jouent un rôle majeur dans le handicap ressenti au quotidien par le patient, notamment au niveau social. (Liddle, 2000)

1.2.4. L'entrée dans la maladie

La schizophrénie est une pathologie pouvant se déclarer de façon aiguë, à travers des symptômes positifs florides (idées délirantes ou hallucinations). Il s'agit alors d'un épisode psychotique aigu, inaugurant de façon brutale l'entrée dans la maladie.

Cependant, la maladie apparaît de façon insidieuse dans la plupart des cas, avec une installation progressive des symptômes. Environ 80 % des formes infantiles de la schizophrénie sont de ce type.

1.2.5. Définition internationale

Les symptômes précédemment décrits sont retrouvés dans les classifications internationales, qui proposent des critères diagnostiques standardisés pouvant être utilisés de manière consensuelle en recherche comme en clinique.

La classification du DSM-5 retient comme critère A pour le diagnostic de schizophrénie, la présence d'au moins deux des symptômes suivants : idées délirantes, hallucinations, discours désorganisé (différence ou incohérence), comportement grossièrement désorganisé ou catatonique, symptômes négatifs (émoussement affectif, alogie ou aboulie).

Dans cette cinquième version, le critère n'est rempli que si au moins un symptôme positif ou de désorganisation est rempli (3 premières catégories).

Le critère B correspond au dysfonctionnement social ou des activités.

Le critère C concerne la durée (au moins 6 mois), les critères D à F sont des critères d'exclusion.

Il est à noter que le diagnostic de schizophrénie peut être porté chez des patients souffrant de troubles du développement qu'à la condition que les symptômes psychotiques positifs soient

présents à un niveau suffisamment sévère et pour une durée suffisante.

Tableau 1. Critères diagnostiques de la schizophrénie (DSM-5, 2013)

A	Deux (ou plus) des manifestations suivantes sont présentes, chacune pendant une partie significative du temps pendant une période d'un mois (ou moins si traités avec succès). Au moins une de celles-ci doit comporter 1, 2 ou 3. 1. Délires 2. Hallucinations 3. Discours désorganisé (déraillement fréquent ou incohérence) 4. Comportement globalement désorganisé ou catatonique 5. Symptômes négatifs (diminution de l'expression émotionnelle et perte de la volonté)
B	Pendant une grande partie du temps depuis la survenue du trouble, un ou plusieurs domaines majeurs du fonctionnement tels que l'école, le travail, les relations interpersonnelles, ou les soins personnels sont nettement inférieurs au niveau atteint avant le début (ou lorsque le début est dans l'enfance ou l'adolescence, incapacité à atteindre le niveau attendu de réalisation interpersonnelle, scolaire ou professionnelle).
C	Des signes permanents de la perturbation persistent pendant au moins 6 mois. Cette période de 6 mois doit comprendre au moins un mois de symptômes (ou moins si réponse favorable au traitement) qui répondent au critère A (phase active) et peut comprendre des périodes de symptômes prodromiques ou résiduels. Pendant ces périodes prodromiques ou résiduelles, les signes de la maladie peuvent se manifester par des symptômes négatifs ou par une forme atténuée de deux ou plusieurs des symptômes énumérés dans le critère A (par exemple, les croyances perçues comme étranges, des expériences perceptives inhabituelles).
D	Un trouble schizo-affectif ou un trouble dépressif ou bipolaire avec caractéristique psychotique ont été écartés, soit parce que (1) aucun épisode dépressif majeur, maniaque, ou mixte n'a eu lieu en même temps que les symptômes de la phase active, ou (2) si les épisodes thymiques ont eu lieu pendant la phase active des symptômes, leur durée totale est minime par rapport à la durée totale des périodes actives et résiduelles de la maladie.
E	La perturbation n'est pas due aux effets physiologiques directs d'une substance (par exemple, une drogue, un médicament) ou à ceux d'une affection médicale.
F	S'il y a des antécédents de trouble autistique ou un autre trouble envahissant du développement ou un autre trouble de la communication débutant dans l'enfance, le diagnostic additionnel de schizophrénie n'est fait que si les idées délirantes ou des hallucinations sont également prédominantes pendant au moins 1 mois (ou moins si traités avec succès).

1.2.6. Particularités des formes précoces de schizophrénie

La schizophrénie est identifiée comme une pathologie de l'adulte jeune, pouvant être précédée de signes précoces dès l'adolescence, voire l'enfance. Il existe à ce titre deux formes de schizophrénie infantile, caractérisées par leur date d'apparition : la schizophrénie à début précoce (Early onset schizophrenia, EOS) concerne les patients dont la pathologie débute avant 16 ans et la schizophrénie à début très précoce (Childhood onset schizophrenia, COS), définie par un début des troubles avant l'âge de 12 ans.

Ces formes précoces sont rares, et leur prévalence a longtemps été difficile à estimer de par l'hétérogénéité des troubles regroupés avec le temps sous l'appellation générique de schizophrénie infantile : autisme, psychose infantile ou encore *multiple complex developmental disorder*.

Les travaux de Rutter (1972) et de Kolvin (1971) dans les années 1970 ont individualisé les formes précoces de schizophrénie des autres psychoses infantiles. On estime que 0,1 à 1% des troubles schizophréniques surviennent avant l'âge de 10 ans et 4% avant l'âge de 15 ans (Remschmidt et coll., 1994). Toujours selon Remschmidt les formes très précoces sont particulièrement rares, tandis qu'après 13 ans la fréquence du trouble augmente considérablement (figure 2). Le *sex-ratio* concernant l'apparition d'une schizophrénie est en faveur des garçons, de l'ordre de 3/1 avant 14 ans, avant de s'équilibrer à l'âge adulte.

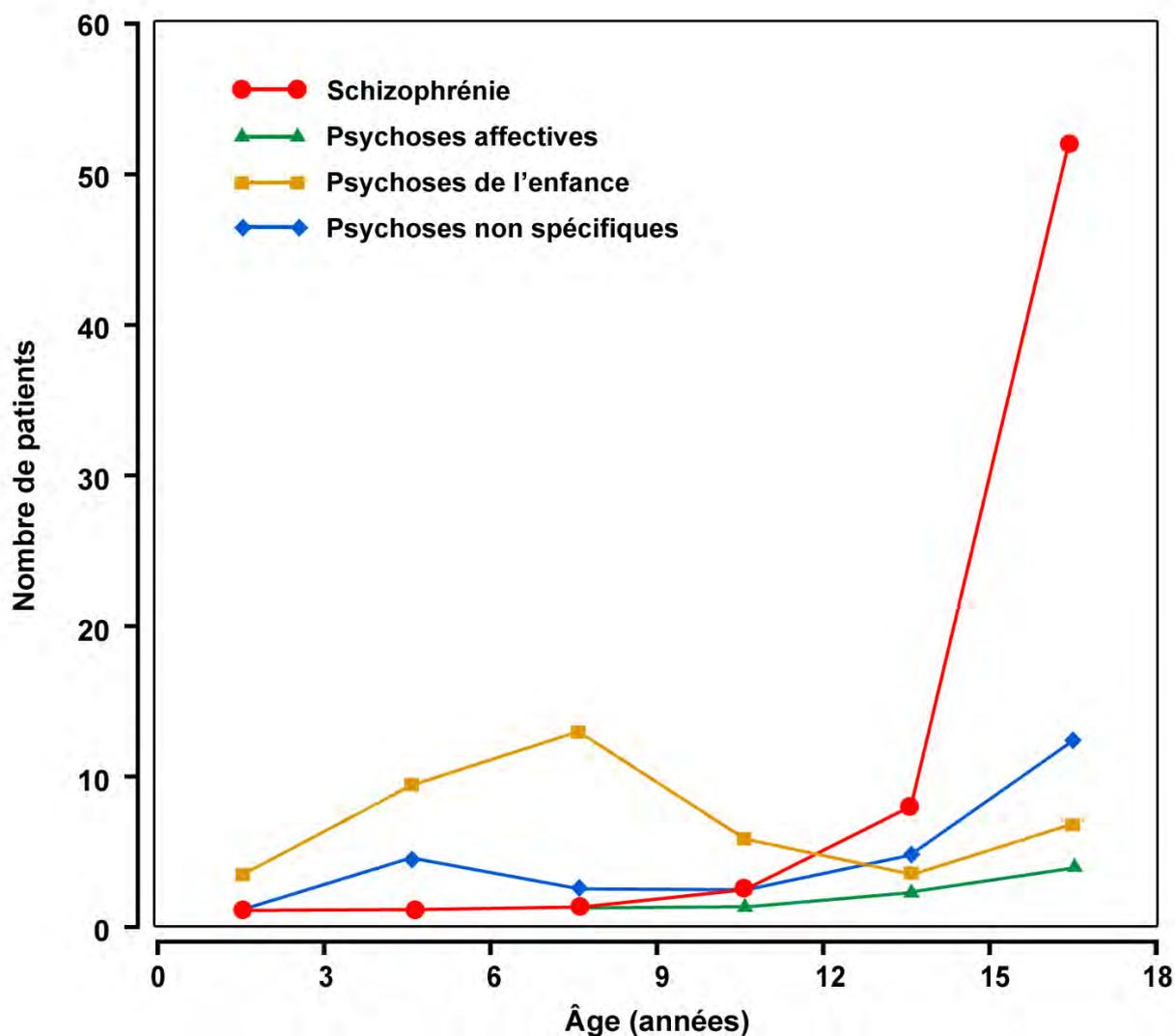
Les formes précoces sont associées aux mêmes anomalies prémorbides, aspécifiques, que les schizophrénies du jeune adulte, celles-ci sont cependant plus fréquentes, variées et prononcées. Kolvin (1971) décrit, au sein d'une cohorte d'enfants souffrant de SDP, des troubles du comportement dans 87% des cas ainsi que des troubles du développement chez 49% d'entre eux. Des travaux plus récents précisent ces observations, avec notamment des troubles du langage réceptif, expressif ou mixte, des troubles de la coordination, une altération des performances scolaires (Alaghband-Rad et coll., 1995) ou des perturbations du bilan psychologique, notamment un QI diminué (David et coll., 1997). Certains auteurs retrouvent des symptômes du spectre autistique parmi ces cohortes, dans 25% (Sporn et coll., 2004) et 36% des cas (Alaghband-Rad et coll., 1995).

Concernant l'expression clinique de ces formes précoces, David et coll. (2011) soulignent l'importance des manifestations hallucinatoires, qu'elles soient auditives (95%) ou visuelles (80%). Les idées délirantes sont moins présentes que chez le sujet adulte et Russell (1994) souligne leur caractère moins complexe, essentiellement à thématiques enfantines (monstres, animaux).

Le taux de comorbidité est particulièrement élevé dans ces formes précoces, d'après Ross et coll. (2006). On retrouve ainsi très fréquemment associé le trouble déficit de l'attention avec hyperactivité (84%), les troubles oppositionnels (43%), la dépression (30%) et l'anxiété de séparation (25%).

La prise en charge thérapeutique ne diffère pas de celle de l'adulte, avec une indication de prescription d'antipsychotiques. On note toutefois une plus grande résistance aux traitements dans ces formes précoces, ainsi qu'une sensibilité accrue aux effets secondaires : symptômes extra-pyramidaux, sédation, hyperprolactinémie ou prise de poids (Kumra et coll., 2008)

Figure 2. Âge de distribution des troubles psychotiques dans une population clinique d'enfants et d'adolescents (n = 3280) de trois pays (Remschmidt et coll., 1994)



1.3. Vulnérabilité à la schizophrénie et hypothèses physiopathologiques

1.3.1. De l'aptitude à l'idée d'une vulnérabilité

Issu étymologiquement du latin *vulnerabilis*, qui signifie « pouvant être blessé », le concept de vulnérabilité à une affection renvoie à la mesure de la facilité et de la fréquence avec laquelle un sujet développe cette pathologie lors de la présence d'agents perturbateurs.

Ce modèle d'interactions plus ou moins complexes entre le terrain d'un individu et l'influence de l'environnement sur ce dernier, est décrit dès le XIX^e siècle dans le champ de la maladie mentale.

En 1857, Bénédicte Augustin Morel fait l'hypothèse de l'existence d'une rupture de l'équilibre, d'un abaissement du seuil de tolérance chez certains individus, permettant le développement d'un délire pour lequel il existerait une sorte d'*aptitude*. Il qualifie ces états de « *terrain fragile* » préalable à la maladie. Ernest Dupré, en 1919, indique quant à lui une prédisposition héréditaire spécifique, qui serait le « *germe d'une maladie mentale* », tandis qu'Emil Kraepelin décrit des « *personnalités frappantes* » chez les apparentés sains de sujets schizophrènes, soulignant la présence de signes atténués d'une même pathologie, constat que partage également Eugen Bleuler.

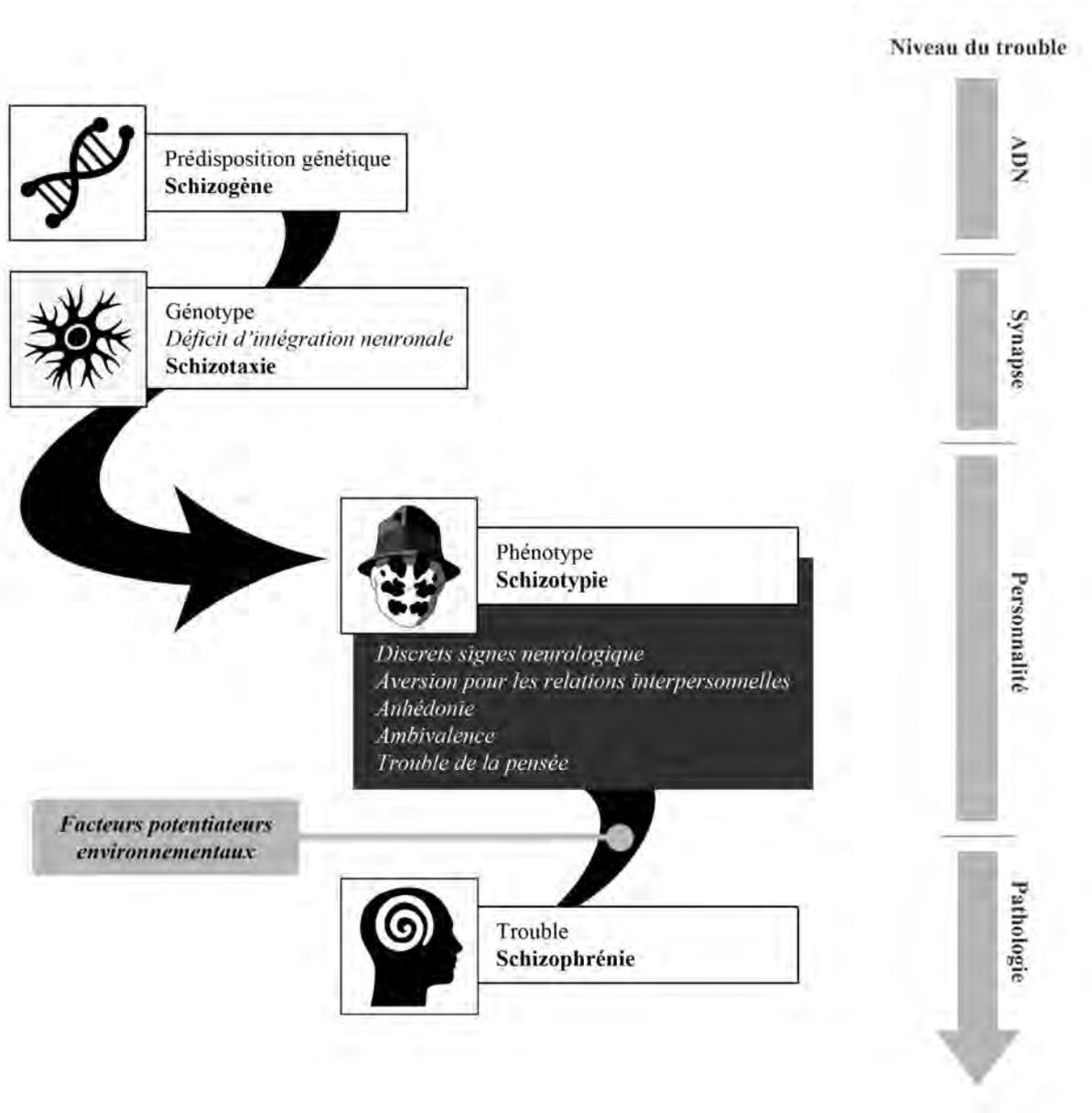
Une théorie génétique commence à émerger avec Franz Joseph Kallmann (1938, 1946), qui suggère un lien génétique entre les sujets souffrant de schizophrénie et leurs apparentés, et propose l'idée d'un « *complexe schizophrénique* ».

Le modèle de la vulnérabilité à la schizophrénie apparaît dans les années 1950, et s'est progressivement complexifié pour aboutir à l'hypothèse neurodéveloppementale que nous décrivons dans la suite de notre travail.

Il nous semble important de développer les apports de trois chercheurs pionniers – Radó, Meehl et Zubin – dont les travaux d'horizons variés (psychanalyse, génétique, comportementalisme) ont permis l'émergence d'un nouveau modèle.

Sándor Radó (1953) développe le concept du sujet schizotype (par contraction de schizophrénie et de phénotype), dont l'évolution vers une schizophrénie peut être influencée par l'environnement. Il est à noter que la schizotypie de Radó est empreinte de psychanalyse et n'a que peu de rapport avec le trouble schizotypique du DSM. Elle renvoie en effet à une forme d'organisation psychique, caractérisée par une « *déficience de la capacité intégrative du plaisir* » et un « *trouble diathésique de la proprioception* », correspondant à une perturbation de la conscience du soi corporel.

Figure 3. Stades du développement de la schizophrénie selon l'hypothèse causale de Meehl (1962)



Paul E. Meehl (1962) insiste dans ces travaux sur l'importance de la génétique en formulant l'hypothèse d'un « *schizogène* » qui entraîne un état de « *schizotaxie* » qu'il définit comme un « *défaut d'intégration neuronale* », et dont l'expression clinique est la schizotypie. Ce tableau peut alors conduire à une décompensation schizophrénique en cas d'interaction avec différents facteurs environnementaux « *potentiateurs* » (figure 3).

Même si l'hypothèse monogénique de Meehl semble aujourd'hui désuète, elle a le mérite de déplier la course de la maladie, en offrant un premier modèle convaincant d'interaction entre terrain génétique et facteurs environnementaux.

Joseph Zubin (Zubin, 1977) propose l'idée d'un seuil de vulnérabilité propre à chaque individu, postulant ainsi l'existence de sujets « hautement vulnérables » à la schizophrénie. Il intègre dans ces travaux la notion de facteurs de stress, mettant en tension la capacité d'adaptation individuelle (le « *coping* »). En cas d'échec de ces mécanismes, les perturbations de l'homéostasie psychologique peuvent précipiter un épisode psychotique.

Cet aperçu historique est loin d'être exhaustif, et pourrait être encore approfondi. D'autres travaux ont depuis enrichi la recherche tels que le modèle biopsychosocial de Ciompi (1988), ou encore le lien entre stress social et anomalies dopaminergiques de Howes et Murray (2014).

1.3.2. L'hypothèse neurodéveloppementale de la schizophrénie

Parmi les diverses hypothèses physiopathologiques, la modélisation neurodéveloppementale est sûrement celle qui prédomine actuellement dans le domaine de la recherche.

Ce modèle se base sur de multiples études épidémiologiques ayant montré l'impact de facteurs de risque environnementaux à la période pré et périnatale sur la cyto-architecture cérébrale, avec des conséquences neuro-anatomiques ainsi que clinique, notamment par la présence de discrets signes morphologiques, neurologiques ou développementaux (Gourion et coll., 2004). Ces facteurs de risque environnementaux viennent interagir avec une vulnérabilité à la schizophrénie d'origine génétique.

1.3.2.1. La vulnérabilité génétique

Les études familiales ont mis en évidence la présence de facteurs génétiques, qui même s'ils n'expliquent pas à eux seuls l'éclosion de la maladie, en augmentent très fortement le risque, avec une héritabilité estimée à 67 % (McGuffin et coll., 1995). Les études d'adoption montrent d'ailleurs que le risque de troubles schizophréniques est le même chez des enfants nés de mères atteintes qu'ils soient élevés par leurs mères biologiques ou adoptives (Higgins, 1976).

Il existerait une agrégation familiale de la schizophrénie, c'est à dire une concentration de cas au sein des familles d'un patient atteint, le risque de récurrence étant proportionnel au matériel génétique partagé.

Cependant, des modifications génétiques « *de novo* », non transmises par les parents, peuvent aussi être constatées. Ce type de mutation reste cependant assez rare (Bassett et coll., 2010).

Enfin, les théories épigénétiques de la schizophrénie sont également à prendre en considération,

l'expression génique pouvant être modifiée au cours de la mitose par des facteurs environnementaux, notamment via la méthylation de l'ADN ou des modifications des histones (Rivollier et coll., 2014).

1.3.2.2. Facteurs de risques précoces

Au sein des facteurs de risque précoces identifiés, se trouvent les complications obstétricales, dont l'association à la schizophrénie est étudiée de longue date (Rosanoff, 1934). Dans sa méta-analyse, l'équipe de Cannon et coll. (2002) distingue particulièrement les complications de la grossesse (diabète gestationnel, saignements, pré-éclampsie et incompatibilité rhésus), les anomalies de la croissance et du développement fœtal (faible poids de naissance, malformation congénitale) ainsi que les complications de l'accouchement (césarienne en urgence, atonie utérine et asphyxie) (tableau 4).

Ces complications obstétricales sont deux fois plus fréquentes chez les sujets souffrant de schizophrénie, et peuvent être associées à une hypoxie ou à une souffrance cérébrale fœtale, ayant entre autre pour conséquence une diminution du volume hippocampique par neurotoxicité cellulaire (Van Erp et coll., 2002).

Les infections virales maternelles durant la grossesse (grippe, rubéole, herpès) sont aussi un facteur de risque (Brown et Derkits, 2010).

Tableau 4. Associations significatives entre complications obstétricales et schizophrénie, méta-analyse de Cannon et coll., 2002

Complications	Odds Ration	95% CI	p
Diabète gestationnel	7,76	1,37 – 43,90	< 0,03
Pois de naissance < 2000 g	3,89	1,40 – 10,84	0,009
Césarienne en urgence	3,24	1,40 – 7,50	0,006
Malformation congénitale	2,35	1,21 – 4,57	< 0,02
Atonie utérine	2,29	1,51 – 3,50	< 0,001
Incompatibilité Rhésus	2	1,01 – 3,96	< 0,05
Asphyxie	1,74	1,15 – 2,62	0,008
Saignement pendant la grossesse	1,69	1,14 – 2,52	0,009
Poids de naissance < 2500 g	1,67	1,22 – 2,29	0,002
Pré-éclampsie	1,36	0,99 – 1,85	0,05

1.3.2.3. Facteurs de risque tardifs

Citons également les facteurs de risque environnementaux plus tardifs, que nous scindons en facteurs psychosociaux, somatiques, psychologiques et toxiques :

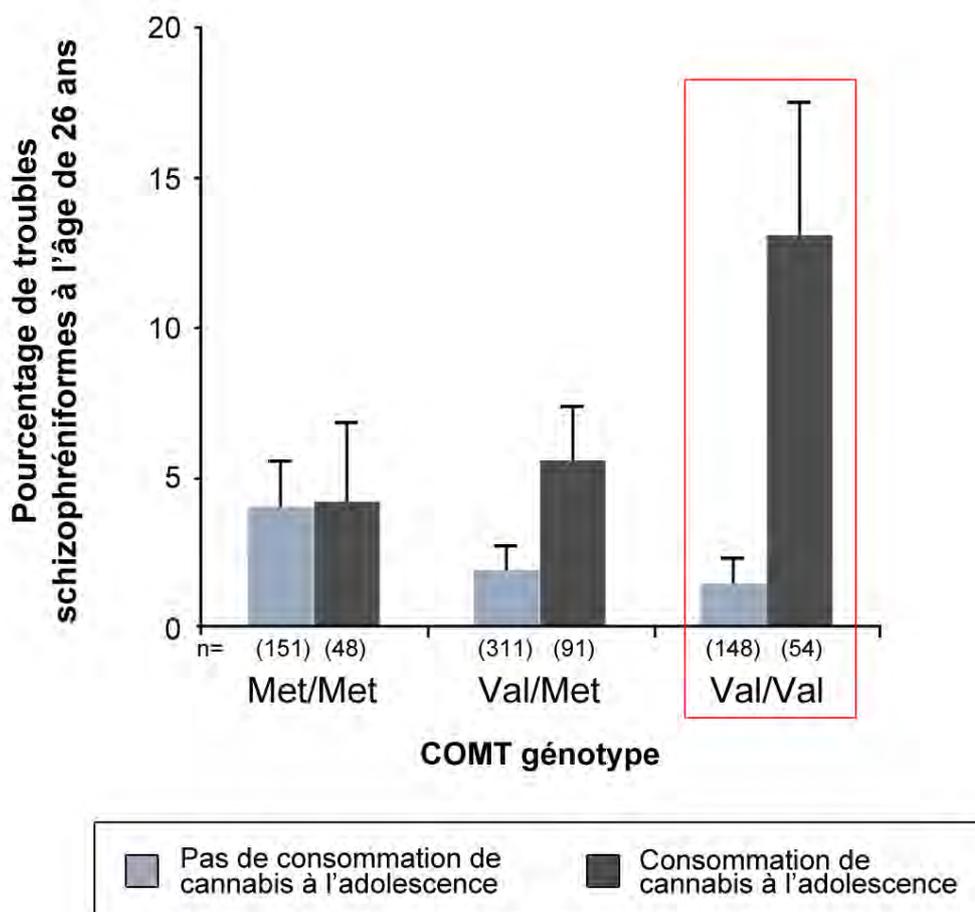
- *Les facteurs de risque psychosociaux* regroupent notamment la migration, avec un risque multiplié par 2,9 pour les migrants de première et seconde génération (Cantor-Graae et Selten, 2005), ainsi que la vie en milieu urbain, qui est associée à une probabilité plus importante de développer une schizophrénie. Cependant, ces deux facteurs semblent composites et doivent très certainement en conglomerer d'autres, plus hétérogènes (stress psychosocial, surexposition aux infections, pauvreté...).
- *Les facteurs de risque somatiques*, tels que les antécédents de traumatisme crânien (Deighton et coll., 2016) ou la suractivation du système immunitaire, en lien avec des pathologies inflammatoires ou auto-immunes.
- *Les facteurs de risque psychologiques*, avec notamment l'exposition durant l'enfance à des événements de vie stressants ou des traumatismes, tels que des abus sexuels ou physiques (Duhig et coll., 2015; Varese et coll., 2012). D'après les travaux de l'équipe de Duhig, la prévalence des traumatismes dans l'enfance serait augmentée dans les formes précoces de schizophrénie. Les négligences physiques seraient plus significativement corrélées à la présence de symptômes psychotiques. De plus, le stress psychologique induit une dérégulation de l'axe hypothalamo-hypophyso-surrénalien qui entraîne une perturbation de la physiologie cérébrale (Chaumette et coll., 2016).
- *Les facteurs de risque toxiques*, et plus précisément le cannabis, qui double le risque de développer une schizophrénie (OR = 2,1 ; IC 95% = 1,7 – 2,5) (Henquet et coll., 2008), ce risque étant majoré si la consommation débute avant l'âge de 15 ans (Arseneault et coll., 2002). L'association est d'ailleurs dose-dépendante (Zammit et coll., 2002).
La méta-analyse de Large et coll. (2011) montre que l'usage de cannabis est associé de manière significative à un âge de début des troubles psychotiques plus précoce.

Ces facteurs de risque environnementaux entrent en interaction avec la vulnérabilité génétique individuelle, le risque lié à ces complications étant majoré en cas d'antécédents familiaux de schizophrénie (Cannon et coll., 2002).

Le cannabis offre une excellente illustration de cette relation : plusieurs gènes de vulnérabilité ont pu être mis en évidence, tels ceux codant pour COMT (métabolisme des catécholamines), AKT (une

protéine kinase de signalisation) ou CRN1 (principal récepteur cannabinoïdes) qui, en interagissant avec un stress cannabique, peuvent conduire à une décompensation psychotique et une entrée dans la schizophrénie (Caspi et coll., 2005; Henquet et coll., 2008; M. O. Krebs et coll., 2014) (figure 5).

Figure 5. Relation entre mutation du gène COMT, consommation de cannabis et survenue d'un trouble schizophrénique à l'âge de 26 ans (Caspi et coll., 2005)



1.3.2.4. Anomalies cliniques prémorbides

Au point de vue clinique, on retrouve dans l'enfance de ces sujets la présence de diverses anomalies témoignant d'une vulnérabilité en lien avec des atteintes précoces : retard du développement moteur et du langage (Jones et coll., 1994), déficits cognitifs et d'interaction sociale (Olin et Mednick, 1996), « soft signs » neurologiques (troubles de la coordination, de l'équilibre, de l'intégration sensorielle et motrice, trouble de la latéralisation) (Walker et coll., 1994) mais aussi des anomalies morphologiques plus fréquentes (télécantus, épicanthus, anomalies de la voûte palatine, anomalies

des dermatoglyphes et des plis palmaires) (McGrath et coll., 2002).

1.3.3. La schizophrénie, une pathologie de l'adolescence ?

Si la schizophrénie est une pathologie s'exprimant au décours d'interactions complexes entre une potentialité génétique et des facteurs de risque environnementaux, et ce dès la période anténatale, la manifestation différée de la maladie à partir de l'adolescence a longtemps questionné.

Les travaux de Weinberger (1987) suggèrent que les atteintes cérébrales précoces ne se révélaient que tardivement, en lien avec les processus physiologiques de maturation cérébrale à l'adolescence. Cette hypothèse a été confirmée depuis.

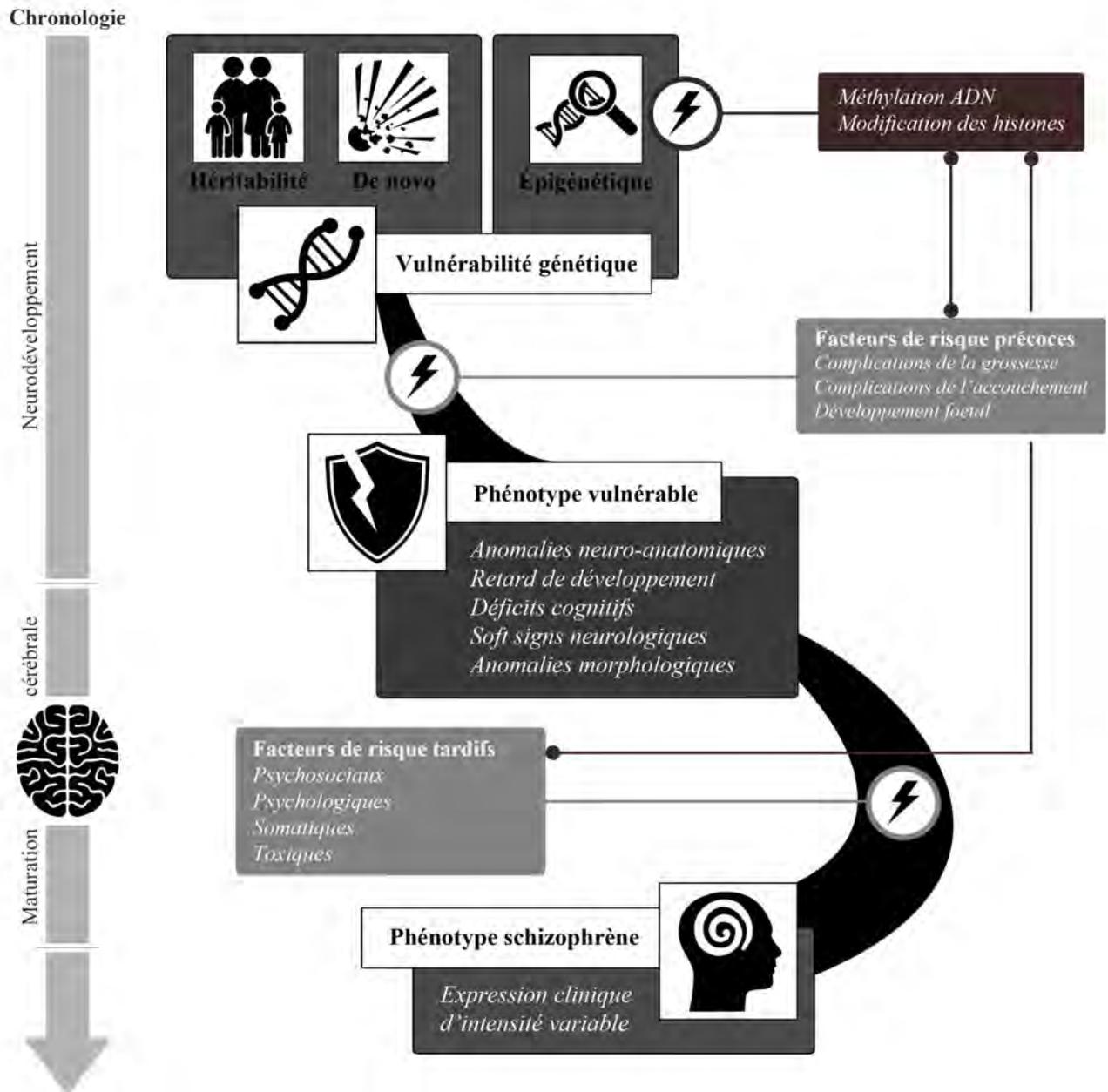
En effet, cette maturation cérébrale implique divers mécanismes (myélinisation, élagage synaptique, modifications hormonales) selon un développement non-linéaire et non-synchrone entre les diverses régions du cerveau. Dans la schizophrénie, le « *prunning* » (élagage synaptique) serait plus marqué et la myélinisation altérée, avec pour corollaire une réduction de la substance blanche et de la substance grise (Fatemi et Folsom, 2009; Lee et coll., 2014).

Cette neuroplasticité tardive (et altérée) entre alors en relation à la fois avec des atteintes cérébrales précoces et des facteurs environnementaux. Il s'agit de la « *two-hit hypothesis* », hypothèse de la double atteinte, spécifiant que la schizophrénie est la conséquence d'une combinaison d'atteintes à deux moments-clé du développement : neurodéveloppement pré et péri-natal, puis maturation cérébrale adolescente.

*
**

Ces travaux, de complexité croissante, ont permis de mieux comprendre l'apparition de la pathologie et son caractère diachronique, via une attention portée sur les interactions complexes entre le terrain individuel et l'environnement. Ils soulignent également au plan clinique, la présence d'un continuum d'expression phénotypique, avec des altérations psychiques préexistantes à la décompensation schizophrénique. À partir de cette modélisation d'une progression des troubles, commence alors à s'esquisser l'espoir d'une prévention de leur apparition, ou plus modestement, de leur aggravation.

Figure 6. Modélisation de l'hypothèse neurodéveloppementale



1.4. Schizophrénie et sujets à haut risque de transition psychotique

1.4.1. Les différentes phases de la maladie

L'hypothèse neurodéveloppementale de la schizophrénie souligne les interactions constantes entre une vulnérabilité génétique et des facteurs de risque environnementaux, le long d'un continuum temporel auquel se superposent des symptômes cliniques, d'installation, de nature et d'intensité variables selon les individus. C'est ainsi qu'à la phase d'état de la schizophrénie, précèdent des signes dits prodromiques, spécifiques ou non, fluctuants d'un sujet à l'autre, pouvant annoncer une bascule vers un tableau psychotique franc.

Pour rappel, nous distinguons deux phases qui précèdent l'apparition d'une symptomatologie psychotique franche (figure 7) :

- **La phase prémorbide**, qui est le reflet d'une vulnérabilité aux troubles schizophréniques. Elle se caractérise au plan clinique par des troubles développementaux, neurologiques ou morphologiques, que nous avons précédemment décrits, ainsi que bien souvent par des traits de personnalité, essentiellement schizoïdes ou schizotypiques. Elle correspond à un état de quiescence qui ne signe en aucun cas une évolution inéluctable vers la schizophrénie.
- **La phase prodromique** marque l'entrée dans la maladie, avec l'apparition de symptômes généralement peu spécifiques, précédant de quelques mois ou années la première décompensation de la schizophrénie.

Le passage de la phase prodromique à la décompensation psychotique signe la « transition psychotique » et nécessite la mise en relation avec une structure de soins, l'introduction d'un traitement antipsychotique et l'inauguration d'une prise en charge psycho-sociale.

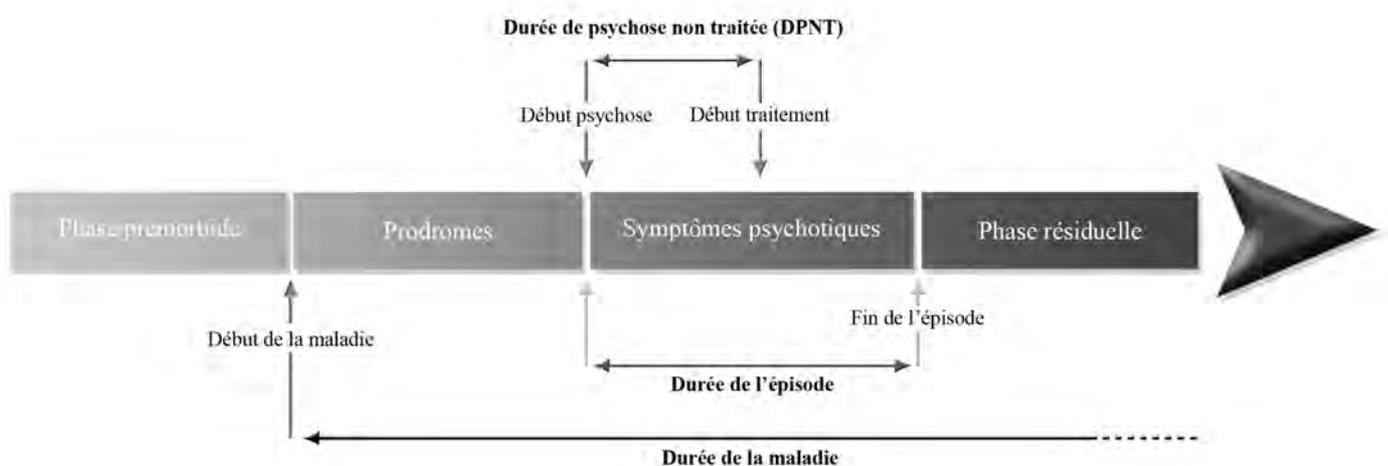
Il existe un véritable enjeu autour de la durée de psychose non traitée (DPNT ; *Duration of Untreated Psychosis, DUP*), qui correspond à la période s'étalant entre le début de la phase psychotique et l'initiation du traitement. Un allongement de la DPNT a de multiples conséquences sur le pronostic de la maladie.

Son augmentation serait associée à une plus grande résistance au traitement antipsychotique (Sheitman et coll., 1997; Wyatt et coll., 1998), à un nombre plus élevé de rechutes (Altamura et coll., 2001; Crow et coll., 1986), à des risques plus élevés de dépression et d'abus de substances (Koreen et coll., 1993; Strakowski et coll., 1995), à une augmentation des troubles du comportement et de graves perturbations sociales (Johnstone et coll., 1986) ainsi qu'à un déclin cognitif plus rapide et marqué (Amminger et coll., 2002).

Dans sa méta-analyse, Penttilä et coll. (2014) retrouvent une association significative entre une DPNT allongée et un mauvais pronostic dans plusieurs domaines : symptômes positifs, symptômes négatifs, taux de rémission, fonctionnement social et pronostic général.

Le mécanisme physiopathologique expliquant les effets délétères de la DPNT sur le pronostic sont encore flous. L'hypothèse neurotoxique est évoquée avec prudence par Anderson et coll. (2014), qui citent différentes pistes de recherche : l'hyperactivité dopaminergique, qui diminuerait le volume des structures neuronales riches en récepteurs dopaminergiques, ou le stress oxydatif liée à une activité catécholaminergique persistante et une activation prolongée de l'axe hypothalamo-hypophyso-surrénalien.

Figure 7. Phases évolutives précoces de la schizophrénie (d'après Larsen et coll., 1996)



1.4.2. Quels prodromes ?

Le caractère évolutif du trouble est étudié dès le début du XX^e siècle. Eugen Bleuler indiquait dès 1911 que l'entrée dans la schizophrénie se fait au travers d'une phase de symptômes atténués, fréquemment peu spécifiques cliniquement et de durée souvent considérable. Ces différents états préschizophréniques ont par la suite été décrits par de nombreux cliniciens : schizotaxie de Meehl, schizotypie de Radó, schizose de Claude...

1.4.2.1. Les études rétrospectives

L'intérêt pour les symptômes de la phase prodromique de la schizophrénie ont mené à la réalisation de nombreuses études rétrospectives auprès de patients souffrant de schizophrénie.

Dès 1938, J.P. Cameron souligne la fréquence de la désorganisation psychique, des expériences somatiques inhabituelles et d'une méfiance exagérée, en amont de la décompensation psychotique. Il estime d'ailleurs que ces symptômes prodromiques sont présents depuis au moins 2 ans dans 48,1 % des situations, ce qui le questionne quant au retard diagnostique. Cameron est d'ailleurs un des pionniers de la prévention de ces troubles, avec des programmes de formation pour médecins généralistes et enseignants ou encore des examens périodiques de santé mentale dans le monde de l'instruction et du travail.

Chapman (1966) met en avant la grande fréquence des troubles cognitifs chez 95 % des patients, ainsi que les troubles du langage, que ce soit dans l'expression (75 %) ou dans la compréhension (80 %). Il attribue une grande importance aux troubles attentionnels, et notamment à la perturbation de l'attention sélective primaire. Ceux-ci seraient responsables de l'incapacité de l'individu à traiter correctement les informations perceptives, motrices ou idéatives. Cette hypothèse rejoint, un demi-siècle plus tard, celle formulée par Bleuler en 1911 au sujet de l'existence d'un « trouble central », caractérisé par un affaiblissement des processus associatifs et de la logique, et dont découlerait toute la symptomatologie schizophrénique.

D'autres travaux portant sur les troubles présents avant le diagnostic (John et coll., 1982; Lewine et coll., 1978) notent que près de la moitié des futurs patients schizophrènes présentent des troubles du comportement et de l'adaptation dans les dix années précédant la première hospitalisation, mais ces troubles sont peu spécifiques : anxiété, humeur dépressive, perte d'énergie, difficultés scolaires,

agressivité, retrait, conduites suicidaires (14 fois plus que la population générale, Baxter et Appleby, 1999) et toxicomaniaques (environ 40 % des patients ; Dervaux et coll., 2002).

Tableau 8. Symptômes prodromiques de la schizophrénie selon Chapman (1966)

Anomalies des perceptions visuelles (40 %)	Anomalies de la taille des objets Impression de rapprochement des objets Métamorphopsies Anomalies dans le contraste, la brillance ou la couleur des objets
Troubles cognitifs (95 %)	Sensation de « <i>black ou</i> » de la pensée Sensation de blocage de la pensée Trouble de l'attention
Troubles du langage parlé (75 %)	Manque du mot Mot inadapté
Troubles du langage entendu (80 %)	Non conscience du fait d'être en train de parler
Trouble moteur (73 %)	Anomalies dans les gestes automatiques

Ces manifestations prodromiques, dont les plus fréquentes sont les moins spécifiques, sont également retrouvées dans les travaux de l'équipe allemande de Häfner et coll. (1992). Les symptômes les plus retrouvés sont l'anxiété (18 %), l'angoisse (17 %), l'humeur dépressive (16 %), les troubles de la concentration (13 %) ou des conduites instinctuelles (13,5 %). Notons qu'au sein de la population étudiée, 75 % des patients présentaient des manifestations prodromiques

Tableau 9. Symptômes prodromiques de la schizophrénie selon Häfner et coll. (1992)

Symptômes névrotiques	Anxiété (18 %) Inquiétude (17 %)
Symptômes thymiques	Humeur dépressive (16 %) Manque d'énergie (8,6 %)
Symptômes cognitifs	Troubles de la concentration (13 %)
Symptômes physiques	Troubles de l'appétit et du sommeil (13,5 %)
Symptômes positifs	Suspicion (9,7 %) Idées de référence (7,1 %)
Symptômes négatifs	Retrait social (9,7 %) Problèmes professionnels (7 %) Isolement (6 %)

1.4.2.2. Une approche différente : le concept de « prépsychose »

Il nous paraît intéressant de citer les nombreux travaux autour de la « prépsychose », ce concept ayant mobilisé plusieurs auteurs, essentiellement psychanalystes et pour la plupart français (Brémaud, 2013).

Pour Mauritz Katan (1958), la prépsychose se caractérise par l'apparition brusque de symptômes révélant la dissolution d'une partie de la personnalité, sans que cette phase ne soit rapportée à une névrose classique ou à une psychose, ni que le contact avec la réalité ne soit pour autant perdu. C'est ce décrochage avec le réel qui signe l'entrée dans la psychose stricto sensu. Ainsi, certains patients peuvent présenter des symptômes prépsychotiques, qui n'aboutiront jamais à une psychose avérée. Bien que floue, cette définition s'inscrit dans l'idée d'un continuum entre normal et pathologique, n'évoluant pas forcément vers la maladie, tant que le réel fait butée.

Jacques Lacan en parle brièvement dans son troisième séminaire consacré aux psychoses (Lacan, 1981). Il met en relief au cours de la période prépsychotique le phénomène de perplexité, « *période de confusion panique [...] sentiment que le sujet est arrivé aux bord du trou* », faisant référence à la forclusion du signifiant du Nom-du-Père.

Henri Ey (Ey et coll., 1960) distingue de son côté « deux types de caractère préschizophrénique » :

- **La schizoïde évolutive**, marquée par une accentuation des phénomènes d'inhibition et de la rigidité du caractère, et conduisant vers un désinvestissement des liens sociaux ainsi qu'à des modifications de la sphère affective (indifférence, sentiments paradoxaux...). Il repère une constante dans ce tableau, l'hostilité envers la famille.
- **La névrose prépsychotique**, qui se décline sous diverses formes : obsessionnelle, névrose d'angoisse ou héboïdophrène, cette dernière étant marquée par « *un comportement d'opposition à la famille et à la société* », avec existence de « *troubles du cours de la pensée, de phases dépressives confinant à la stupeur, de phases d'excitation comportant des expériences délirantes* ».

René Diatkine (1969) situe la période prépsychotique dans l'enfance, en précisant prudemment qu'il s'agit d'une « *éventualité diagnostique* ». Globalement « *le comportement social de ces sujets est sans nuance. Ou bien l'enfant se conforme totalement au désir de ses parents, évitant toute position conflictuelle (...). Ou bien, au contraire, l'accord ne s'est pas réalisé, et l'enfant est massivement opposant et colérique* ». Les traits principaux du caractère de l'enfant prépsychotique seraient

majoritairement les suivants : refoulement massif des représentants psychiques des pulsions, goût immodéré pour certains comportements enfantins, investissement narcissique intense, emprise massive du surmoi sur le moi, idéal du moi mégalomane et inaccessible. Cependant, aucun de ces symptômes n'est significatif d'un danger de psychose, « *c'est leur échec (et non leur intensité ou leur multiplicité) qui constitue le signe clinique le plus important* ».

Enfin, Daniel Widlöcher (1973) répertorie trois traits cardinaux de l'état prépsychotique dans l'enfance :

- Une « *activité fantasmatique dénuée d'élaborations secondaires et des défenses névrotiques habituelles* », avec un champ de l'imaginaire investi de façon incohérente.
- Une « *angoisse de destruction de la cohérence de soi* », avec une intense angoisse de mort provoquant un sentiment de démantèlement et de désorganisation profond.
- Une « *intensité des tendances agressives* », avec mises en scène crues de fantasmes de dévoration et de destruction.

Cette liste n'est pas exhaustive et ne tient pas compte des remarques des détracteurs (notamment Roger Misès). Ces différentes facettes de la « prépsychose », dont plusieurs se penchent sur l'enfance, sont légèrement en décalage avec l'approche anglo-saxonne des prodromes, plus catégorielle et pragmatique. Cependant, cette pensée dynamique garde tout son intérêt dans l'intégration et la compréhension de certains facteurs environnementaux (notamment traumatique et/ou familiaux).

1.4.3. Les sujets à haut risque de transition psychotique

Depuis le début des années 1990, la recherche sur la phase initiale des troubles psychotiques a connu un nouvel essor, avec un véritable changement de paradigme. Diverses études prospectives (Gross, 1989; Huber et Gross, 1989) soulignent que la présence de symptômes prodromiques ne conditionne pas de façon systématique la survenue d'un trouble psychotique. À la notion rétrospective de prodromes, qui évolueraient obligatoirement vers la psychose, succède donc l'idée probabiliste « d'états mentaux à risque » (McGorry et coll., 2003), que l'on retrouve également dans la littérature sous les noms de Ultra Haut Risque (*Ultra-High-Risk*, UHR) ou symptômes prodromiques, autant de noms pour désigner des signes cliniques pléiotropes, pouvant autant évoluer vers un trouble psychotique, que vers un tableau non-psychotique (Fusar-Poli et coll., 2013b).

Deux modèles, complémentaires, ont été développés pour mieux appréhender cette période.

1.4.3.1. Le modèle des symptômes de base et son outil d'évaluation

Les travaux allemands ont privilégié une approche plus phénoménologique, celle des symptômes de base (Gross, 1989; Gross et Huber, 1985; Huber et Gross, 1989), affectant les sphères cognitives, affectives et sociales et pouvant être identifiées par le patient. Il s'agit dès lors de questionner le vécu du patient, et d'identifier des symptômes n'ayant pas obligatoirement de caractéristiques psychotiques mais pouvant être prédictifs de symptômes psychotiques ultérieurement observés, dans l'idée d'une « perte de contact vital avec la réalité » en devenir, pour reprendre les termes de Minkowski. Cette démarche se distingue donc de l'école anglo-saxonne (et particulièrement australienne) qui cherche avant tout à identifier des symptômes psychotiques atténués.

Symptômes de base de Huber (Gross et Huber, 1985)

- L'affaiblissement des fonctions cognitives : concentration, attention, mémorisation
- L'altération des capacités à percevoir des émotions : irritabilité, excitabilité, émoussement affectif
- Une perte d'énergie
- L'altération des fonctions motrices
- L'altération de sensations corporelles
- L'altération des perceptions sensorielles
- L'altération des fonctions autonomes
- L'intolérance au stress

Le principal outil d'évaluation de cette école est la Bonn Scale for the Assessment of Basic Symptômes (BSABS), non traduite en français, et essentiellement utilisée en Allemagne (Gross et Huber, 1985; Klosterkötter et coll., 2001).

1.4.3.2. Le modèle d'état mental à risque et ses outils d'évaluation

Le concept anglo-saxon de *At-Risk Mental State*, sera notamment développé par l'équipe australienne de McGorry, et concerne les symptômes rencontrés dans la phase prodromique tardive.

L'idée est de réussir à repérer les sujets pour lesquels un risque de transition vers la psychose est imminent (McGorry et coll., 2003), en se basant notamment sur la présence de symptômes psychotiques atténués, avec pour objectif de diminuer la durée de psychose non traitée (DPNT).

Les travaux de Yung et McGorry (1996, 1996) ont ainsi individualisé plusieurs symptômes prodromiques tardifs, dont certains sont associés à un risque de transition élevé (contenu inhabituel de la pensée, suspicion, désorganisation conceptuelle, hallucinations, convictions délirantes) (Yung et coll., 2004).

De ces travaux a émergé l'élaboration d'un entretien semi-structuré, la *Comprehensive Assessment of At Risk Mental State* (CAARMS) (Yung et coll., 2005), regroupant 28 items divisés en 7 catégories (tableau 10) et permettant de définir trois groupes de sujets à « haut risque » de transition psychotique :

1. **Groupe de vulnérabilité** : identifie les jeunes sujets à risque de psychose par la combinaison d'un facteur de risque « trait » (histoire familiale de psychose chez un apparenté de premier degré OU un trouble de personnalité schizotypique identifié chez le sujet) et une détérioration du fonctionnement au cours de la dernière année et ayant duré pendant au moins un mois.
2. **Groupe Psychose Atténuée** : identifie les jeunes sujets à risque de psychose du fait d'un syndrome psychotique limite, c'est-à-dire qui présentent des symptômes qui n'atteignent pas le niveau identifié pour un diagnostic de psychose (les symptômes n'étant pas assez sévères) ou des symptômes psychotiques mais à une fréquence sous le seuil (les symptômes n'étant pas présents assez souvent). Les symptômes doivent avoir été présents durant la dernière année et depuis moins de 5 ans.
3. **Groupe Psychose Intermittente ou BLIPS** (*Brief Limited Intermittent Psychotics Symptoms*) : identifie les jeunes à risque de psychose par une histoire récente de symptômes psychotiques francs qui se sont résorbés spontanément (sans médicament antipsychotique) en moins d'une semaine. Les symptômes doivent avoir été présents durant la dernière année et depuis moins de 5 ans.

L'analyse factorielle de la structure de la CAARMS, effectuée par l'équipe de Raballo et coll. (2011), identifie trois *clusters* de symptômes, que sont la dimension négative, la désorganisation et l'instabilité des perceptions et des affects. La sévérité de la désorganisation est le marqueur le plus fortement associé à un risque de transition psychotique (RR = 1,43).

Cette catégorisation suit donc un raisonnement algorithmique, intégrant l'intensité et la fréquence des symptômes positifs, l'altération du fonctionnement, les antécédents familiaux de psychose et/ou de trouble schizotypique, ainsi qu'un critère de temporalité (Béramis, 2016 ; tableau 11).

Cette échelle est la seule traduite et validée en langue française (M.-O. Krebs et coll., 2014).

D'autres dispositifs d'évaluation existent. Nous ne ferons que citer le *Structured Interview for Prodromal Syndromes* (SIPS), mis au point par Miller et coll. (2003), entretien semi-structuré également retrouvé dans la littérature.

1.4.3.3. Devenir des sujets à haut risque

Le taux de transition chez les sujets à haut risque se révèle fort variable selon les études. Pour Nelson et coll. (2013), dont l'étude a suivi une cohorte de 416 sujets à haut risque pendant 15 ans, le risque de transition à 10 ans est de 34,9 %, avec une probabilité plus élevée les deux premières années après le repérage.

Dans la méta-analyse de l'équipe de Fusar-Poli et coll. (2012), il est cependant retrouvé que le risque de transition (IC 95 %), indépendamment des outils psychométriques utilisés, est de 18 % (12 – 25 %) à 6 mois de suivi, 22 % (17 – 28 %) à 1 an, 29 % (23 % - 36 %) à 2 ans, 32 % (24 – 35 %) à 3 ans et à 36 % (30 % - 43 %) après 3 ans.

Les principaux facteurs prédictifs d'une transition psychotiques seraient la prédominance de symptômes négatifs ou d'une désorganisation de la pensée, la durée de présence des symptômes et surtout le mauvais fonctionnement social (Nelson et coll., 2013).

Dans 73 % des cas, les sujets ayant développé un épisode psychotique évoluent vers un trouble du spectre schizophrénique (Fusar-Poli et coll., 2013a ; figure 12). Ces tableaux peuvent également annoncer un trouble bipolaire ou un trouble schizo-affectif.

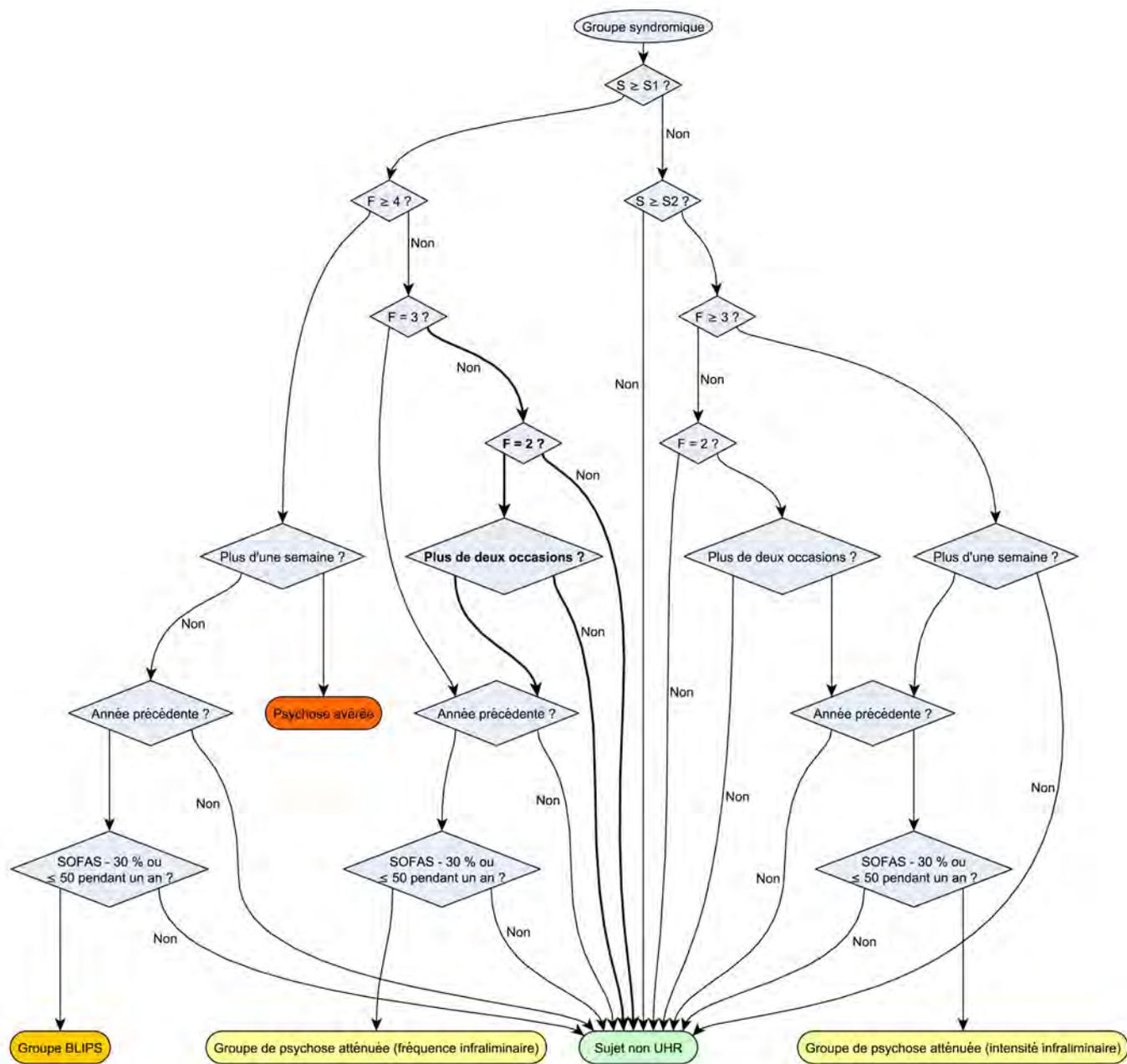
Dans son étude longitudinale sur 2 ans et demi, Addington et coll. (2011) trouvent que 71 % des sujets à haut risque n'ont pas fait de transition psychotique. Cette population conserve cependant un fonctionnement social altéré en comparaison avec la population générale.

Tableau 10. Liste des items de la CAARMS

1. *Symptômes positifs (pris en compte dans le critère d'état mental à risque)*
 - 1.1 Troubles du contenu de la pensée
 - 1.2 Idées non bizarres
 - 1.3 Anomalies de la perception
 - 1.4 Discours désorganisé
2. *Changement cognitif : attention/concentration*
 - 2.1 Changements cognitifs subjectifs*
 - 2.2 Changements cognitifs objectifs
3. *Perturbation émotionnelle*
 - 3.1 Perturbation émotionnelle subjective
 - 3.2 Émoussement de l'affect observé
 - 3.3 Affect inapproprié observé
4. *Symptômes négatifs*
 - 4.1 Alogie
 - 4.2 Avolition/apathie*
 - 4.3 Anhédonie
5. *Modification du comportement*
 - 5.1 Isolement social
 - 5.2 Altération du comportement
 - 5.3 Comportements désorganisés, bizarres, stigmatisant
 - 5.4 Comportement agressif/dangereux
6. *Changements physiques/moteurs*
 - 6.1 Plaintes subjectives d'altération du fonctionnement moteur*
 - 6.2 Changements dans le fonctionnement moteur observé
 - 6.3 Plaintes subjectives d'altération des sensations corporelles*
 - 6.4 Plaintes subjectives d'altération des fonctions végétatives*
7. *Psychopathologie générale*
 - 7.1 Manie
 - 7.2 Dépression
 - 7.3 Intention suicidaire et automutilation
 - 7.4 Labilité de l'humeur
 - 7.5 Anxiété
 - 7.6 Troubles obsessionnels et compulsifs (toc)
 - 7.7 Symptômes dissociatifs
 - 7.8 Diminution de la tolérance au stress habituel*
8. *Critères d'inclusion*
9. *Seuil de psychose*
10. *Exclusion de l'étude*

* Symptôme de base de Huber.

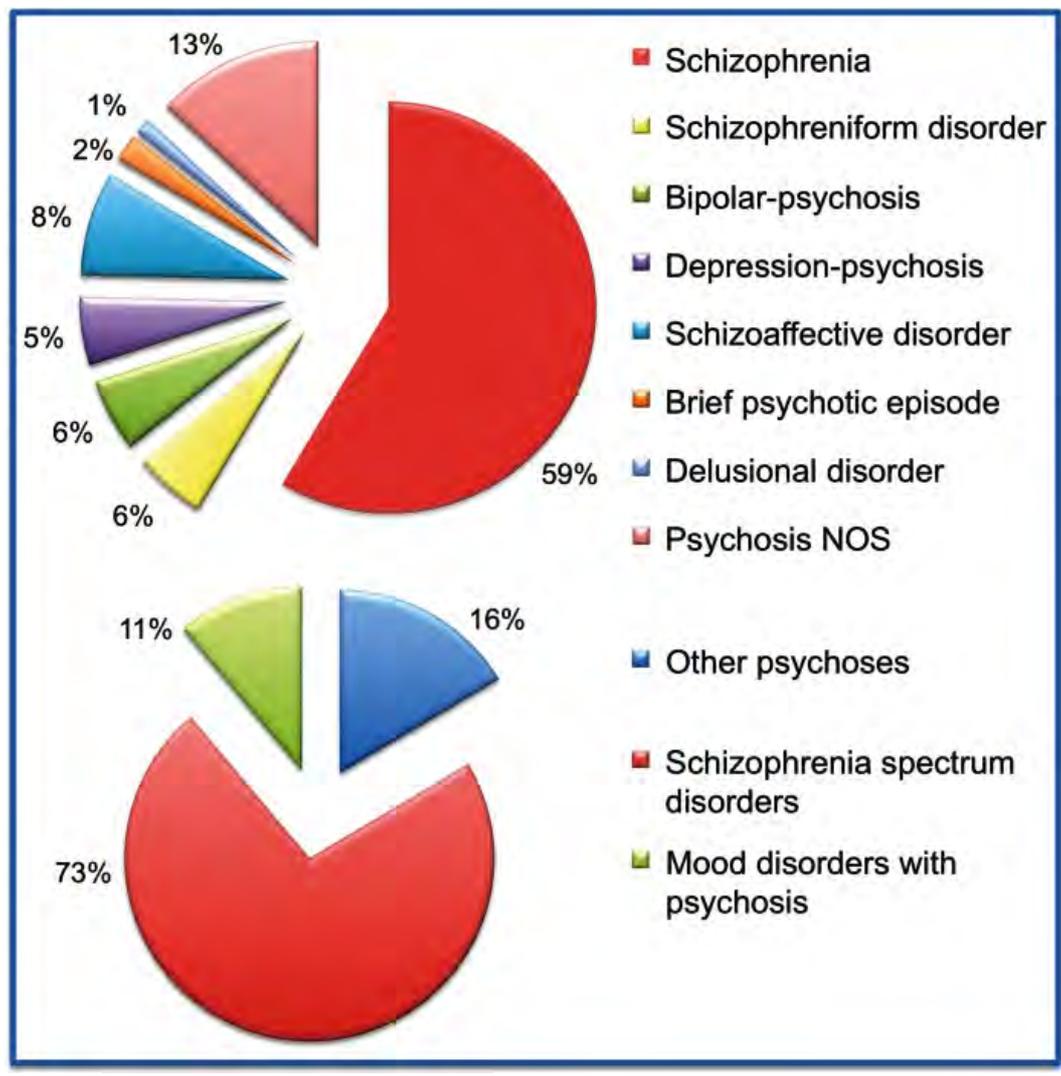
Figure 11. Modélisation de l'algorithme de la CAARMS (Béramis, 2016), d'après Yung et coll. (2005)



Groupe syndromique	S1	S2
Troubles du contenu de la pensée	6	3
Idées non-bizarres	6	3
Anomalies de la perceptions	5	3
Discours désorganisé	6	4

S : Sévérité - F : Fréquence

Figure 12. Analyse descriptive des diagnostics DSM chez les sujets à haut risque ayant développé un épisode psychotique franc (n = 560) (Fusar-Poli et coll., 2013a)



1.4.4. Prise en charge précoce des sujets à haut risque

1.4.4.1. Enjeux du repérage et de la prise en charge précoce

Le modèle de *At Risk Mental State* a conduit à la création de structures spécialisées, dédiées à leur prise en charge. La PACE (*Personal Assessment and Crisis Evaluation*) Clinic de Melbourne (Yung et coll., 2007, 1996), ouverte en 1994, fut pionnière en la matière.

La littérature a depuis montré qu'un programme d'intervention spécifique est plus efficace qu'une prise en charge standard (Marshall et Rathbone, 2011; McGorry et coll., 1996), avec des taux de transition significativement diminués à 6, 12, 18 et 24 – 48 mois, dans la méta-analyse de Schmidt et coll. (2015).

Cette prise en charge précoce serait pertinente. Tout d'abord, parce que les sujets à haut risque rapportent une détresse et une stigmatisation en lien avec leurs problèmes de santé mentale, déjà présents à ce stade (Kline et coll., 2014; Rüscher et coll., 2014; Stowkowy et coll., 2015). De plus, ils souffrent très souvent d'autres troubles mentaux, pouvant nécessiter un traitement, tels que la dépression, l'anxiété et l'abus de substance (Hui et coll., 2013; Modinos et coll., 2014; Salokangas et coll., 2012).

Les bénéfices des interventions précoces sont multiples, puisqu'elles permettent (Tay et coll., 2015) :

- de retarder, prévenir voire améliorer l'évolution vers une pathologie psychotique, en diminuant la nécessité d'hospitalisation et l'impact sur le fonctionnement social ;
- de proposer une aide aux personnes à haut risque qui peuvent être en détresse de par leurs symptômes, leurs comorbidités (anxieuses, thymiques, addictives) ou leurs difficultés de fonctionnement ;
- de débiter une prise en charge avant que les symptômes ne soient trop enracinés et ne conduisent à un handicap psycho-social trop important ;
- de réduire la durée de psychose non traitée (DPNT).

Ces données sont également confirmées par Joa et coll. (2015) pour qui la prise en charge précoce permet la réduction de la sévérité des symptômes psychotiques, diminue le taux de suicide et permet le maintien d'un bon fonctionnement.

Il existe également un enjeu sociétal, autour du coût de la prise en charge de la schizophrénie. En Europe, le coût des troubles du spectre de la schizophrénie, comprenant les frais directs et indirects, a été estimé à près de 94 milliards d'euros en 2010 (Gustavsson et coll., 2011).

Une prise en charge précoce pourrait limiter le recours à l'hospitalisation, réduire les coûts liés aux comorbidités (addictions, dépression) ainsi que diminuer l'impact sur la désinsertion et l'exclusion sociale.

Le développement des stratégies de prévention primaire permettrait d'aller dans ce sens, notamment via le renforcement de la formation des médecins généralistes, qui se trouvent en première ligne du soin. Récemment, l'équipe de Perez et coll. (2015) a mis en avant l'impact clinique et économique positif de l'implication des généralistes dans le repérage précoce des sujets à haut risque.

1.4.4.2. Le *staging* clinique

La prise en charge des sujets à risque se doit d'être multidisciplinaire, personnalisée et ambulatoire. L'idée d'une prévention ciblée est préconisée, avec un suivi et un traitement symptomatique adapté aux troubles présentés (dépendance aux toxiques, dépression, anxiété), le niveau d'intervention variant selon le degré symptomatique. C'est le modèle du *staging* (Yung et McGorry, 2007 ; figure 13).

Tableau 13. Modélisation du *staging*, d'après Yung et McGorry (2007), (Krebs, 2015)

Stade clinique	Définition	Population cible	Intervention(s)
0	Risque augmenté Aucun symptôme	Adolescents apparentés de premier degré	Promouvoir la santé, éducation de la famille, éducation sur les drogues, training cognitif
1a	Symptômes légers, non spécifiques, déclin fonctionnel modeste	<i>Screening</i> des adolescents, adressage par les MG et écoles	Psychoéducation familiale, TCC, réduction active des drogues
1b	Ultra haut risque : symptômes subliminaires, déclin fonctionnel	Adressage par les MG, urgences	Psychoéducation familiale, TCC, réduction active des drogues
2	Premier épisode	Adressage par les MG, urgences, spécialistes, addictions	Psychoéducation familiale, TCC, réduction active des drogues, antipsychotiques atypiques

1.4.4.3. L'apport des psychothérapies

Même si l'évaluation des psychothérapies reste relativement complexe au plan méthodologique, certaines études ont montré des résultats en faveur des thérapies cognitivo-comportementales. A partir d'un programme centré sur la prise de conscience des biais cognitifs chez les sujets à haut risque, Van der Gaag et coll. (2012) retrouvent une diminution des taux de transition psychotique. L'efficacité des thérapies cognitivo-comportementales est confirmée lors d'un suivi à long terme (Ising et coll., 2016). Il n'existe aucune donnée en ce qui concerne les thérapies analytiques. Partant du modèle de vulnérabilité au stress dans la schizophrénie, certains auteurs préconisent également des prises en charge dédiées à la gestion du stress. Nous ne ferons que citer la remédiation cognitive, peu documentée à ce jour en ce qui concerne les sujets à risque.

1.4.4.4. Le recours au traitement médicamenteux

1.4.4.4.1. Les antipsychotiques

Bien que l'impact délétère de la Durée de Psychose Non Traitée (DPNT) soit à garder en tête, il n'est pas recommandé d'introduire des traitements antipsychotiques avant que le seuil de psychose ne soit franchi.

Leur utilisation est controversée chez les sujets à haut risque. Le retentissement sur le taux de transition est contrasté selon les études (Bechdolf et coll., 2005; Häfner et coll., 2004; McGlashan et coll., 2006), mais tous les auteurs s'accordent sur l'exposition importante à des effets secondaires (notamment métaboliques et cardiaques) (Odagaki, 2009), ainsi que sur le caractère stigmatisant et auto-stigmatisant d'une telle prescription à ce stade de la maladie (Corcoran et coll., 2005). Yung recommande l'introduction des antipsychotiques lorsque les symptômes psychotiques s'intensifient jusqu'à atteindre le seuil de psychose : présence d'idées délirantes et/ou hallucinations, ou désorganisation de la pensée non résolutif spontanément en une semaine (Yung et coll., 2004).

1.4.4.4.2. Les antidépresseurs

La présence de symptômes dépressifs ou anxieux chez les sujets à risque peut mener à une prescription d'antidépresseurs. Cornblatt (2007) a étudié l'intérêt d'une telle prescription chez des

sujets à risque, en comparaison à une population traitée par antipsychotiques. Il retrouve un taux moindre de transition psychotique dans le groupe antidépresseur.

Dans une étude prospective ouverte observationnelle conduite sur 6 ans (n = 258), l'équipe de Fusar-Poli et coll. (2015) s'est penchée sur l'effet des traitements antidépresseurs sur le taux de transition psychotique. Ils montrent que l'association d'une thérapie cognitivo-comportementale (TCC) et d'un antidépresseur est plus efficace (OR = 7,8) que l'association d'une TCC et d'un antipsychotique sur le taux de transition.

1.4.4.5. Le « *case management* »

Le modèle du *case management*, consistant en un accompagnement personnalisé par un soignant référent, a été développé par les équipes anglo-saxonnes et suisses (Early Psychosis Prevention and Intervention Centre, 2012; Marion-Veyron et coll., 2013). La présence d'un référent soignant (le *case manager*) a un rôle important dans l'évaluation clinique, l'accompagnement (médical, social, professionnel...), l'information sur la santé mentale, le traitement et la réduction des risques. Son rôle se poursuit en cas de premier épisode psychotique, avec un accompagnement vers l'hospitalisation, un soutien, une aide au rétablissement et à la réintégration sociale.

1.4.5. Mais en pratique ?

Ce modèle semble pertinent, au vu des données de la littérature et des guides de bonne pratique existants (Early Psychosis Prevention and Intervention Centre, 2012).

Cependant, il paraît très complexe à mettre en place en France. Comme l'explique l'équipe du Pr Krebs (2015) « *sa mise en œuvre passe par un examen précis des possibles freins à son déploiement. En effet, il faut avant tout être capable de reconnaître les jeunes présentant les critères de sujet à haut risque et les amener vers des services adaptés. Les freins sont d'ordre sociétaux et organisationnels : image de la psychiatrie, identification des personnes ressources par le sujet ou son entourage, accessibilité des services et acceptabilité par les jeunes, formation des intervenants de première ligne (généraliste, médecins scolaires, urgentiste mais aussi éducateurs, et travailleurs sociaux) et surtout coordination de milieux éducatifs, médico-sociaux et sanitaires* ».

Il n'existe à notre connaissance que deux structures françaises suivant ce modèle, à Paris : le Samsah Prepsy et le C'JAAD (Centre d'évaluation pour les jeunes adultes et adolescents, SHU Sainte-Anne).

*
**

Il existe actuellement dans la littérature tout un faisceau d'arguments en faveur du repérage précoce des sujets à haut risque de transition psychotique. Des guides de bonne pratique ont pu voir le jour (Early Psychosis Prevention and Intervention Centre, 2012) et des outils de repérage validés sont disponibles (Yung et coll., 2005). Cependant, peu d'initiatives existent aujourd'hui en ce sens.

Nous nous sommes demandé si nous ne pouvions pas nous appuyer sur certaines structures de soins déjà existantes pour effectuer cette première étape de repérage, notamment dans la sphère médico-sociale. C'est dans cette optique que nous nous sommes intéressé aux instituts thérapeutiques, éducatifs et pédagogiques (ITEP).

1.5. Les instituts thérapeutiques, éducatifs et pédagogiques

1.5.1. Définition

La création, l'organisation et le fonctionnement des instituts thérapeutiques, éducatifs et pédagogiques (ITEP) ont été fixés par le Décret n°2005-11 du 6 janvier 2005. Autrefois appelés Instituts de Rééducation (IR), ces établissements ont pour vocation d'accueillir, selon l'article D. 312-59-1, « *les enfants, adolescents ou jeunes adultes qui présentent des difficultés psychologiques dont l'expression, notamment l'intensité des troubles du comportement, perturbe gravement la socialisation et l'accès aux apprentissages. Ces enfants, adolescents et jeunes adultes se trouvent, malgré des potentialités intellectuelles et cognitives préservées, engagés dans un processus handicapant qui nécessite le recours à des actions conjuguées et à un accompagnement personnalisé* ».

Les manifestations de ces troubles se caractérisent notamment par des difficultés de la relation aux autres, de la perception de soi, de concevoir et de formuler des projets adaptés et de comprendre et respecter des limites inhérentes à tout contexte social.

Les ITEP sont des institutions ancrées dans le médico-social, et les enfants et adolescents qui y sont orientés relèvent de la Maison départementale des personnes handicapées (MDPH).

Au plan administratif, les ITEP sont contrôlés par les Agences Régionales de Santé (ARS) et financés par l'assurance maladie.

La modalité d'accueil se doit d'être différenciée et personnalisée selon l'enfant ou l'adolescent reçu. La prise en charge peut ainsi se décliner du service d'éducation spéciale et de soins à domicile (SESSAD) à l'internat de semaine, en passant par l'accueil de jour séquentiel, le semi-internat (arrivée le matin et retour le soir) ou l'internat modulé (soirée et nuitée à l'institut de un à trois soirs par semaine).

1.5.2. Historique

Les bouleversements provoqués par la seconde guerre mondiale (1939 – 1945) conduisent à de multiples remaniements au sein de la société française, notamment dans la perception et la prise en charge des enfants. Avec l'Ordonnance n° 45-174 du 2 février 1945 relative à l'enfance délinquante, le législateur instaure la primauté de l'éducatif sur le répressif.

Après l'exode de mai-juin 1940 et l'Occupation, le chômage et la délinquance des jeunes augmentent sensiblement, et plusieurs initiatives sont prises pour recevoir ces enfants abandonnés, caractériels ou délinquants. François Truffaut, un temps pris en charge au centre d'observation des mineurs délinquants de Villejuif, illustre justement cette période dans « *Les Quatre Cents Coups* » (Truffaut, 1959)

Comme nous le rappelle Maurice Capul (2015), les années 1950 voient l'émergence du secteur dit de « *l'enfance inadaptée* », suivant l'impulsion de pionniers tels que l'abbé Jean Plaquevent à Toulouse ou Fernand Deligny en région parisienne, qui pensent de nouveaux espaces d'accueil pour ces jeunes en difficultés. Ainsi, dès 1943, l'abbé Plaquevent implante à Toulouse Saint-Simon un centre d'observation, où selon un modèle familial, les enfants sont accueillis en petits groupes, accompagnés par des éducateurs.

Les décennies suivantes amènent l'ouverture de nombreux centres de formation destinés aux personnels éducatifs, ainsi que l'intégration dans ces dispositifs – non sans quelques tensions – d'autres professionnels : psychiatres, psychologues, assistantes sociales ou enseignants. On assiste alors à un renouveau dans la manière d'appréhender l'enfance et ses difficultés, avec notamment un intérêt porté à la pensée psychanalytique ou à la psychothérapie institutionnelle, à travers l'influence de figures importantes, telles que Georges Amado à Vitry-sur-Seine, André Chaurand à Toulouse ou encore Francesc Tosquelles à Saint-Alban. Cet intérêt ne s'est pas démenti depuis et imprègne encore fortement les pratiques des professionnels d'ITEP.

Les appellations de ces institutions spécialisées se sont modifiées avec les années : par exemple, le centre d'observation de Toulouse (1943) devenant successivement centre d'observation et de rééducation accéléré (1970), centre psychothérapique (1972), Institut de rééducation (1989) et enfin Institut thérapeutique, pédagogique et éducatif (2005). Ce dernier changement de terminologie souligne l'évolution dans la perception de la prise en charge et du travail à mener avec l'enfant, en y introduisant les idées de processus de soins et de pluridisciplinarité, tout en gommant probablement au passage l'aspect autoritaire et rigide de la dénomination antérieure.

1.5.3. Population accueillie en ITEP

La vocation des ITEP est d'accueillir, d'après l'article D. 312-59-1, les enfants, adolescents et jeunes adultes qui présentent des difficultés psychologiques dont l'expression, notamment l'intensité des troubles du comportement, perturbe gravement la socialisation et l'accès aux apprentissages.

Cette définition n'a pas levé toutes les interrogations et une circulaire interministérielle (N°2007-194 du 14 mai 2007) est venue en préciser les contours : l'indication d'orientation d'ITEP s'appuie en premier lieu sur des difficultés psychologiques qui perdurent dans le temps, entravant la scolarisation et la socialisation, et dont les interventions des professionnels et services au contact de l'enfant (protections maternelles et infantiles, centres d'action médico-sociale précoce, centres médico-psycho-pédagogique, etc.) n'ont pas antérieurement permis la résolution.

Cette circulaire souligne également que les ITEP « *ne sont pas adaptés à l'accueil d'enfants et adolescents autistes ou présentant des troubles psychotiques prédominants, ou des déficiences intellectuelles importantes, qui requièrent d'autres modes d'éducation et de soins, et qui pourraient souffrir de la confrontation avec des jeunes accueillis en ITEP.* »

Dans l'étude épidémiologique menée par l'ARS au sein de 64 ITEP de Midi-Pyrénées, et concernant 1705 jeunes (Fahet et coll., 2013), il est noté une prédominance de la population masculine dans ces institutions (*sex-ratio* de 4/1) et un âge moyen de 13 ans. L'âge moyen d'entrée en ITEP se situe autour de 11 ans, avec une admission avant l'âge de 12 ans dans 60 % des situations.

Parmi les autres données intéressantes de cette étude, il est précisé que 32,7 % de ces enfants et adolescents avaient un suivi socio-judiciaire (ASE/AEMO) antérieur à leur admission, et un suivi ambulatoire (CMP, CMPP, hôpital de jour, CATTP, CAMSP) pour 46 % d'entre eux.

En ce qui concerne les troubles présentés par ces jeunes, l'observation des diagnostics principaux cotés par les médecins d'ITEP (selon les classifications CFTMEA et CIM 10) met en évidence la fréquence des troubles des conduites et du comportement, ainsi que les pathologies limites (tableau 14).

Les troubles psychotiques sont posés en diagnostic principal unique dans 6,8 % et associés à des troubles des conduites et du comportement dans 1,4 % des situations.

1.5.4. Au-delà de la nosographie psychiatrique

Les données épidémiologiques précédentes sont importantes dans la vision globale qu'elles offrent des enfants et adolescents pris en charge en ITEP. Cependant, il convient de se décentrer d'une approche trop classificatoire et figée concernant ces jeunes, dont les troubles sévères de l'adaptation sociale, s'ils peuvent être liés à des pathologies mentales « vraies », découlent dans la majeure partie des cas de situations de vie dramatique, d'histoires familiales complexes et souvent violentes, ou de carences. Au bagage héréditaire s'ajoute bien souvent, et de façon précoce, un environnement

défectueux.

Un regard psychanalytique est souvent posé sur ces enfants et adolescents par celles et ceux qui les prennent en charge, avec une recherche de mise en sens pour le jeune et les équipes de certains agir. On pense ainsi à la « *tendance antisociale* » décrite par Winnicott (1956) chez ces enfants précocement carencés, déprivés au plan affectif, qui par leur conduite sollicitent une réponse de l'environnement, dont la stabilité peut avoir une valeur thérapeutique.

Bon nombre d'auteurs ont réfléchi et écrit sur la structuration de la personnalité dans ces atmosphères défectueuses, dès le plus jeune âge. Nous citerons Rémy Puyuelo, pour qui la construction identitaire de ces enfants est précocement mise à mal par « *des carences et des blessures narcissiques qui [empiètent] leur psychisme en devenir* » (Puyuelo, 2015). Cette inorganisation psychique peut s'exprimer dans les comportements « *par défaillance des processus de pensée et dans des cicatrices instrumentales qui empêchent ou mettent en difficulté les processus cognitifs malgré leur potentiel intellectuel* ». Cette idée « *d'abusés narcissiques* », « *d'empêchés de latence* », à l'expression clinique variée, concerne une grande partie de la population d'ITEP, d'après son auteur.

Tableau 14. Troubles mentaux placés en diagnostic principal et/ou associé au sein des ITEP de Midi-Pyrénées (Fahet et coll., 2013)

	ITEP		SESSAD		Ensemble	
	%	n	%	n	%	n
Diagnostic principal unique	58.1	674	71.5***	359	62.1	1033
dont...						
Troubles des conduites et du comportement	21.1	245	23.6	119	21.9	364
Pathologies limites	15.0	174	12.2	61	14.2	235
Troubles psychotiques	6.9	80	6.8	34	6.8	114
Troubles névrotiques	6.3	74	6.4	32	6.3	106
Troubles du développement et des fonctions instrumentales	0.7	8	8.5	42	3.1	50
Autre pathologie	3.5	41	0.2	1	2.6	42
Troubles réactionnels	0.7	8	6.4	32	2.4	40
Autisme/TED	2.0	23	2.5	12	2.1	35
Déficiences mentales	1.1	13	2.2	11	1.4	24
Variations de la normale	0.6	7	0.8	4	0.6	11
Manifestations et symptômes divers	0.1	1	1.4	7	0.5	8
Pathologie inconnue, non identifiée	0.1	2	0.4	2	0.2	4
Troubles à expression somatique	0.1	1	0.1	1	0.1	2
Plusieurs diagnostics principaux associés	41.9	487	28.5	143	37.9	630
dont...						
- Troubles des conduites et du comportement et pathologies limites	12.0	139	5.3	26	9.9	165
- Troubles des conduites et du comportement et troubles réactionnels	3.2	37	2.0	10	2.8	47
- Troubles des conduites et du comportement et troubles névrotiques	2.0	23	0.8	4	1.7	27
- Troubles des conduites et du comportement et troubles psychotiques	1.9	22	0.3	2	1.4	24
- Troubles des conduites et du comportement et troubles réactionnels et troubles du développement et des fonctions instrumentales	1.2	14	0.8	4	1.1	18
- Troubles des conduites et du comportement et autres associations	12.1	140	6.7	33	10.5	174
Autres pathologies associées	9.5	110	12.6	63	10.4	173

*** p<0.001 ** p<0.01 * p<0.05

1.6. ITEP et sujets à haut risque de transition psychotiques

Il n'existe à notre connaissance aucune donnée bibliographique croisant la thématique du repérage précoce des sujets à haut risque et celle du médico-social, et en particulier des ITEP. Nos recherches sur les principaux moteurs de recherche scientifiques (PubMed, ScienceDirect, Cairn) se sont révélées infructueuses.

Pourtant, comme nous l'a montré l'étude de Fahet et coll. (2013), les troubles psychotiques figurent en diagnostic principal pour 6,8 % des jeunes d'ITEP et sont associés à un trouble des conduites dans 1,4 % des cas. Ces données ne sont que des moyennes, certains ITEP pouvant accueillir majoritairement des enfants et adolescents souffrant d'un trouble psychotique, quand le nombre de places en secteur pédopsychiatrique est insuffisant (APEAJ, 2013).

Ces chiffres sont en décalage avec les préconisations de la circulaire interministérielle d'application du 14 mai 2007, pour qui les ITEP « *ne sont pas adaptés à l'accueil d'enfants et adolescents autistes ou présentant des troubles psychotiques prédominants, ou des déficiences intellectuelles importantes, qui requièrent d'autres modes d'éducation et de soins, et qui pourraient souffrir de la confrontation avec des jeunes accueillis en ITEP* ».

Bien que les troubles psychotiques, dont la schizophrénie, soient bien présents au sein des instituts thérapeutiques, éducatifs et pédagogiques, il n'existe donc pas de littérature sur leur repérage et leur prise en charge précoce.

S'il est vrai qu'il s'agit d'une thématique relativement récente (une dizaine d'années), il nous faut également avoir à l'esprit l'imprégnation psychanalytique de la sphère médico-sociale, dont semble découler une certaine défiance vis-à-vis de la psychiatrie actuelle et de ses axes de recherche, notamment neurobiologiques. Joseph Rouzel, dans son ouvrage « *La prise en compte des psychoses dans le travail éducatif* » (Rouzel, 2013), décrit ainsi l'idéologie actuelle comme « *(visant) à éradiquer le sujet que défend la psychanalyse, pour en faire un pur objet de déterminismes psycho-socio-éco-bio-neuro... logique [...] La psychanalyse et les nombreux praticiens qui s'y réfèrent font figure alors de résistants face à cette tentative de réification de l'humain* ».

En dépit de ces désaccords, il nous semble intéressant de réfléchir à l'intérêt que pourrait revêtir le modèle d'état mental à risque au sein des ITEP. Ces structures accueillent une population en grande partie masculine (78,6 % des jeunes pris en charge en ITEP et SESSAD sont des garçons, dans l'étude de Fahet et coll., 2013), présentant des « *difficultés psychologiques* », avec troubles du

comportement, de la socialisation et des apprentissages (Décret n°2005-11 du 6 janvier 2005), auxquels s'ajoutent souvent des parcours de vie complexes, où peuvent se superposer des difficultés sociales, familiales, ainsi qu'une exposition aux toxiques.

La littérature décrit bien que l'émergence d'un trouble psychotique à l'adolescence concerne essentiellement les garçons (sex ratio 3/1, Remschmidt et coll., 1994), avec une association décrite à des troubles du comportement (Kolvin, 1971; Ross et coll., 2006), notamment délinquantiels (Miller et coll., 2002), ainsi qu'à des difficultés d'apprentissage (Alaghband-Rad et coll., 1995).

Les parcours de vie difficiles, voire traumatiques (négligence, violence physique, verbale, sexuelle) accroissent également le risque de développer une pathologie psychotique (Varese et coll., 2012), tout comme l'exposition à des toxiques tels que le cannabis (Henquet et coll., 2008).

Ces données de la littérature nous incitent donc à questionner la place de la détection et de la prise en charge précoce des pathologies psychotique en ITEP.

1.7. Conclusion

L'apparition d'un premier épisode psychotique constitue un bouleversement et une véritable rupture dans un parcours de vie, sur les plans affectif, social et familial. Les répercussions en terme de handicap psychique et social sont particulièrement lourdes, exposant notamment à la souffrance morale et la désinsertion.

La recherche sur la phase initiale des troubles psychotiques a connu un véritable essor ces vingt dernières années, avec l'espoir qu'une meilleure compréhension de la genèse et de l'évolution des troubles puisse permettre une prise en charge plus précoce, adaptée et efficace.

C'est dans cette optique que plusieurs programmes d'intervention précoce ont pu voir le jour à travers le monde, afin de mieux repérer et prendre en charge ces patients à risque de développer une pathologie psychotique, notamment la schizophrénie.

En France, quelques dispositifs se mettent progressivement en place, mais ce modèle reste pour le moment peu développé.

Nous pensons qu'il existe un intérêt à promouvoir ce modèle, notamment dans le secteur du médico-social, et en ITEP en particulier.

Ces établissements accueillent une population composée essentiellement d'adolescents et de préadolescents, en situation de fragilité psychologique, et présentant pour la plupart des troubles du comportement ainsi que des difficultés relationnelles et d'apprentissage.

Nous faisons l'hypothèse que cette population est plus à risque de développer une pathologie mentale, notamment psychotique.

Cependant, il n'existe à l'heure actuelle aucune donnée dans la littérature s'intéressant à l'utilisation d'un modèle de repérage précoce, via un outil standardisé, en ITEP.

- La réalisation d'une enquête nationale, menée auprès des médecins d'ITEP, questionnant la place et la pertinence d'un repérage précoce des sujets à risque de transition psychotique, constitue l'objectif principal de notre étude empirique. Elle nous permettra d'effectuer un panorama du soin psychiatrique en ITEP et des possibilités d'y intégrer ce modèle.
- L'objectif secondaire de notre travail est d'évaluer la faisabilité de l'utilisation de la *Comprehensive Assessment of At Risk Mental State* (CAARMS) (Yung et coll., 2005) en ITEP.

ÉTUDE EMPIRIQUE

2

2.1. État des lieux des connaissances des médecins travaillant en ITEP sur le concept de sujets à haut risque de transition psychotique et évaluation de la mise en place d'une stratégie de repérage

2.1.1. Matériel et méthode

2.1.1.1. Contexte clinique et *design*

Cette étude a été initiée dans le cadre de notre réflexion sur la place du repérage précoce des sujets à haut risque de psychose en ITEP (institut thérapeutique, éducatif et pédagogique), dans le but de questionner les médecins travaillant dans ces structures, qu'ils soient psychiatres, pédopsychiatres, pédiatres ou médecins généralistes, sur les modalités de prise en charge psychiatrique (suivi, prescription, orientation post-ITEP) au sein de leur structure. Nous leur avons également demandé leur opinion sur la place que pourrait y avoir une stratégie de repérage précoce des sujets à haut risque de transition psychotique, c'est à dire d'évolution vers une schizophrénie, notamment via l'utilisation d'un questionnaire semi-structuré.

En amont de l'usage pragmatique d'un tel outil, ce questionnaire national vise à évaluer la pertinence d'une telle démarche en ITEP, aux yeux de ceux qui y travaillent quotidiennement.

Il s'agit donc d'une enquête nationale s'adressant aux médecins travaillant dans les ITEP.

2.1.1.2. Participants et procédure

La première étape a été de recenser les différents instituts thérapeutiques, éducatifs et pédagogiques (ITEP) sur le territoire national, en nous basant notamment sur le site de l'annuaire de l'action sociale (<http://annuaire.action-sociale.org>).

Nous avons dès lors identifié quelques 407 structures faisant partie du dispositif ITEP (ITEP et SESSAD), en France métropolitaine et d'outre-mer (figure 15). Il est fort possible que notre recensement ne soit pas exhaustif, mais nous n'avons trouvé aucun document officiel regroupant ces données.

Il a été décidé de contacter toutes les structures, qu'elles s'occupent préférentiellement d'enfants ou d'adolescents.

A partir de décembre 2015, les différentes Agences Régionales de Santé (ARS), les Centres

Régionaux pour l'Enfance et l'Adolescence Inadaptée (CREAI) ainsi que l'Association des ITEP et de leurs réseaux (AIRE) ont été contactés afin de récupérer les contacts téléphoniques et/ou adresses mails des ITEP du territoire. Une recherche personnelle sur internet de ces informations a permis de compléter ce recueil de données.

De décembre 2015 à février 2016, les 407 structures recensées ont été contactées et relancées par mail, puis par téléphone afin de :

- Savoir si la structure dispose d'une présence médicale et connaître son nom
- Présenter le projet d'enquête nationale aux médecins, à l'aide d'un bref argumentaire.
- Obtenir l'adresse professionnelle ou personnelle du ou des médecins de la structure, afin de leur transmettre dans un second temps le questionnaire électronique.

Cette étape, au-delà de la thématique abordée par notre thèse, nous a également permis d'obtenir un panorama des présences médicales au sein des ITEP.

A partir du 19 février 2016, le questionnaire électronique a été envoyé aux médecins d'ITEP ayant accepté notre requête, mais également aux ITEP dont nous avons connaissance d'une présence médicale.

Cette enquête a duré 19 semaines, du 19 février au 30 juin 2016.

Nous avons effectué sept relances par message électronique personnalisé (adressé nominativement à chaque médecin), à des intervalles de 20 jours environ.

2.1.1.3. Le questionnaire

L'élaboration de ce questionnaire, spécifiquement construit pour cette enquête, a été précédée par deux temps de rencontre avec des médecins travaillant en ITEP, le Dr Bernheim (*ITEP l'Oustalet, ARSEAA*) et le Dr John (*ITEP Le Home, APEAJ*), nous permettant de mieux cerner l'organisation et le fonctionnement de ces structures, ainsi que la place du médecin psychiatre.

Un questionnaire électronique Google Form a été utilisé dans le cadre de cette enquête nationale. Celui-ci se décompose en 41 questions, réparties en 6 sections, parmi lesquelles 28 devaient obligatoirement avoir une réponse (cf. annexe 1) :

- **La première section de 5 questions** (dont 3 obligatoires) concerne le profil de la personne interrogée, ces données étant avant utilisées tout à des fins pratiques (nombre de répondants,

recensement des structures et des personnes ayant répondu).

- **La deuxième section de 8 questions** (dont 6 obligatoires) évalue le profil et le type de pratique du médecin (formation initiale, expérience en ITEP, présence hebdomadaire sur la structure, référentiel théorique) ainsi que la population accueillie (âge et nombre) dans l'ITEP en question.
- **La troisième section de 10 questions** (dont 9 obligatoires) questionne la prise en charge psychiatrique au sein de l'ITEP, que ce soit en terme de suivi (modalité et fréquence), de prescription, de partenariat et de relais.
- **La quatrième section de 5 questions** (dont 3 obligatoires) concerne la population de patients présentant une pathologie schizophrénique, afin d'estimer la fréquence de ce diagnostic en ITEP
- **La cinquième section de 11 questions** (dont 7 obligatoires) se focalise plus spécifiquement sur la place du repérage précoce des sujets à haut risque de transition psychotique. Elle questionne les médecins sur l'attention portée aux manifestations prodromiques, ainsi que leur connaissance des données récentes de la littérature, portant sur les stratégies de repérage précoce des sujets dit à « haut risque » de transition psychotique.
- **La dernière section est un espace libre de commentaires.**

Ce questionnaire comprend des questions fermées (15), des questions dichotomiques (oui/non, au nombre de 8), des questions à choix multiples (4) ainsi que des questions ouvertes (12).

Nous avons puisé dans la partie « Commentaires libres » plusieurs axes de réflexions, que nous développons dans notre discussion.

Avant d'être adressé par mail, ce questionnaire a été au préalable adressé à un comité de quatre médecins afin d'être soumis à une relecture ainsi qu'à des corrections.

Il est à noter que ce questionnaire a pu être envoyé en version papier, de façon ponctuelle, aux médecins souhaitant participer à cette enquête mais étant confronté à des problèmes informatiques, les empêchant d'accéder à la version numérique.

2.1.2. Résultats

2.1.2.1. Présence médicale en ITEP et taux de répondants

Les résultats sont rapportés dans le *flowchart* (figure 16).

Préalablement à l'envoi de notre questionnaire, chaque structure a été contactée et questionnée quant à la présence d'un ou de plusieurs médecins dans leur institution.

Sur les 407 ITEP contactés, 311 bénéficient d'une présence médicale (76,4 %) et 77 ne sont pas pourvues en temps médical (18,9 %). Nous n'avons pas réussi à obtenir de réponses pour 19 d'entre eux (4,7 %).

Sur les 311 établissements dotés d'une présence médicale, nous avons comptabilisé 292 médecins, dont 6 étaient arrêtés (2 congés maternité et 4 arrêts maladie). Nous avons donc adressé notre questionnaire électronique à 286 praticiens (98 % des médecins recensés).

Concernant les réponses à notre questionnaire :

- 139 médecins (48,6 %) ont participé à notre enquête, en complétant le questionnaire électronique qui leur avait été adressé.
- 30 médecins (10,5 %) nous ont fait savoir qu'ils ne souhaitent pas répondre
- 117 médecins (40,9 %) n'ont pas réagi aux différents mails envoyés.

Nous avons donc obtenu un taux de réponse total de 59,1 %.

Parmi les 30 médecins n'ayant pas souhaité répondre :

- Cinq s'apprêtaient à quitter la structure (trois départs en retraite et deux changements d'activité),
- Huit n'avaient pas le temps de compléter le questionnaire,
- Trois étaient confrontés à des aléas d'ordre informatique,
- Dix n'ont pas apporté d'explications précises,
- Quatre ont refusé de répondre, en fournissant un argumentaire essentiellement basé sur des divergences théoriques, mettant notamment en avant le caractère trop rigide, statistique et codifié d'un tel questionnaire, s'éloignant notamment d'une sensibilité psychanalytique. Une des médecins a également insisté sur le fait que les questions posées étaient trop éloignées de la réalité des ITEP, surtout dans le travail réalisé auprès des parents. Une autre a regretté que les éléments de langage, propre à la clinique lacanienne, ne soient pas pris en compte.

Figure 15. Présence médicale au sein des ITEP questionnés, au niveau régional

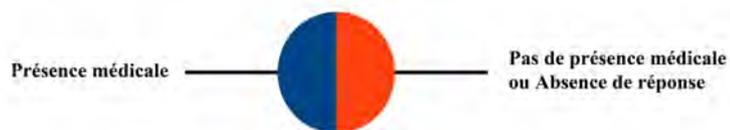
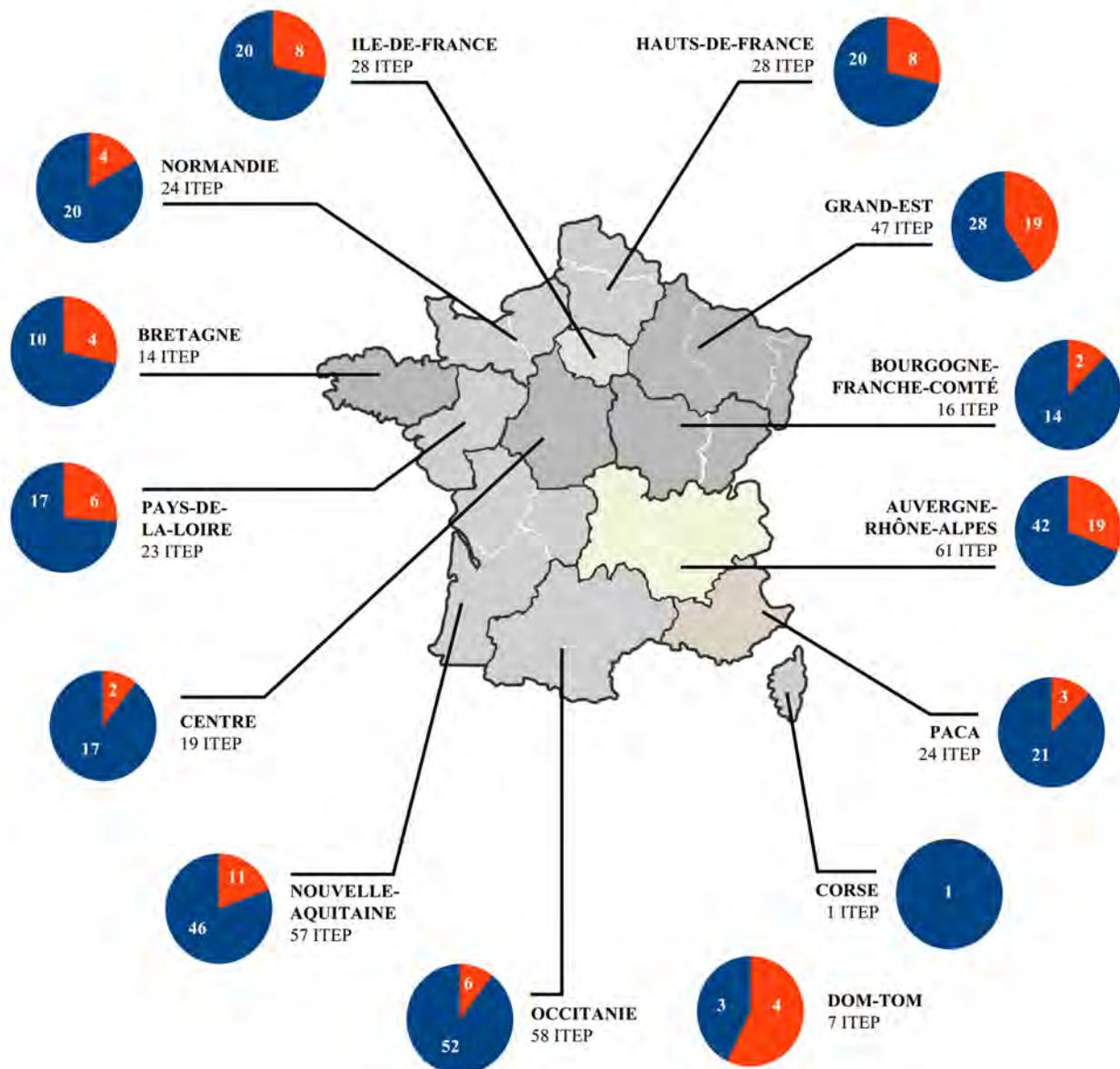
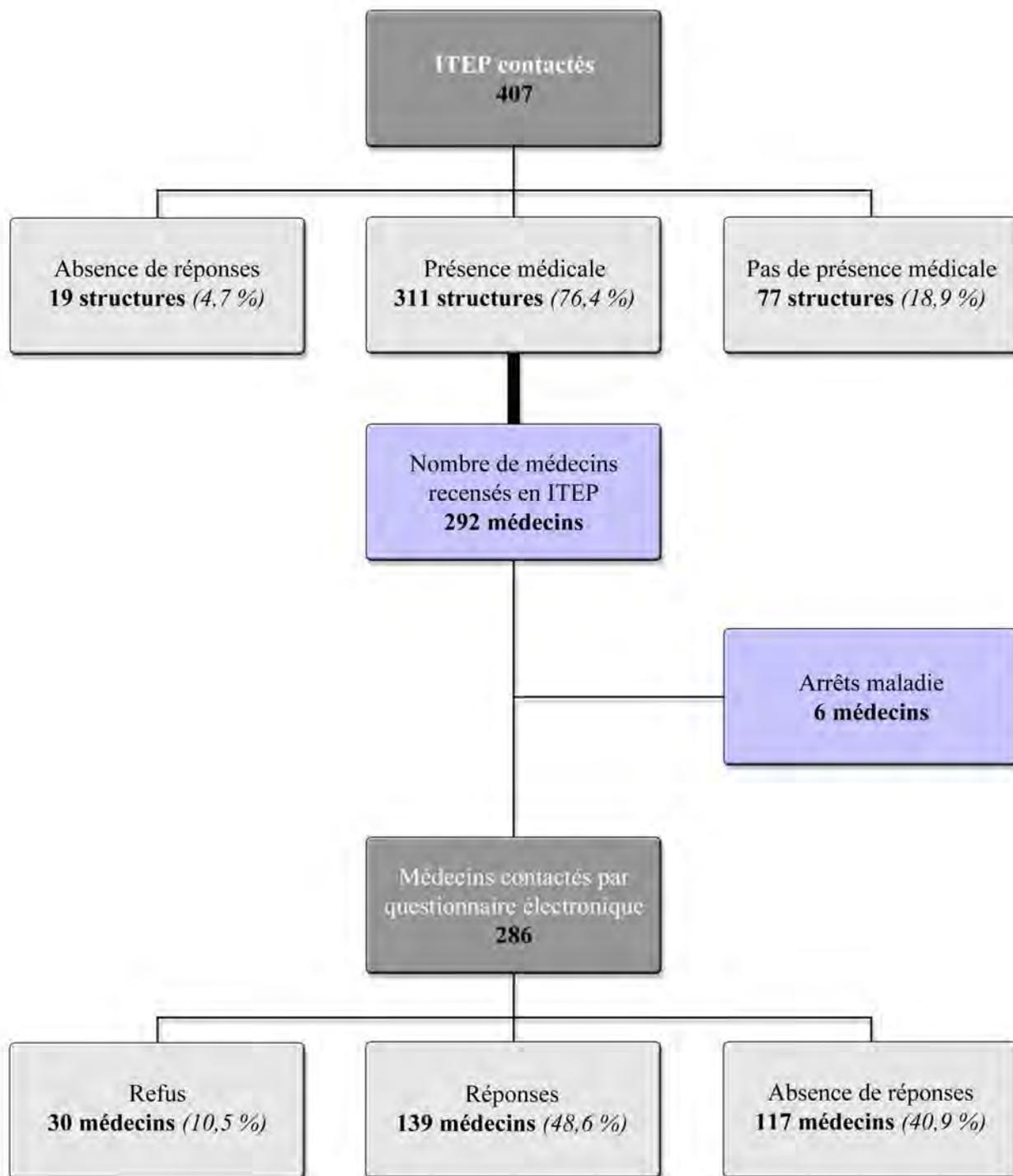


Figure 16. Flowchart de l'enquête nationale ITEP



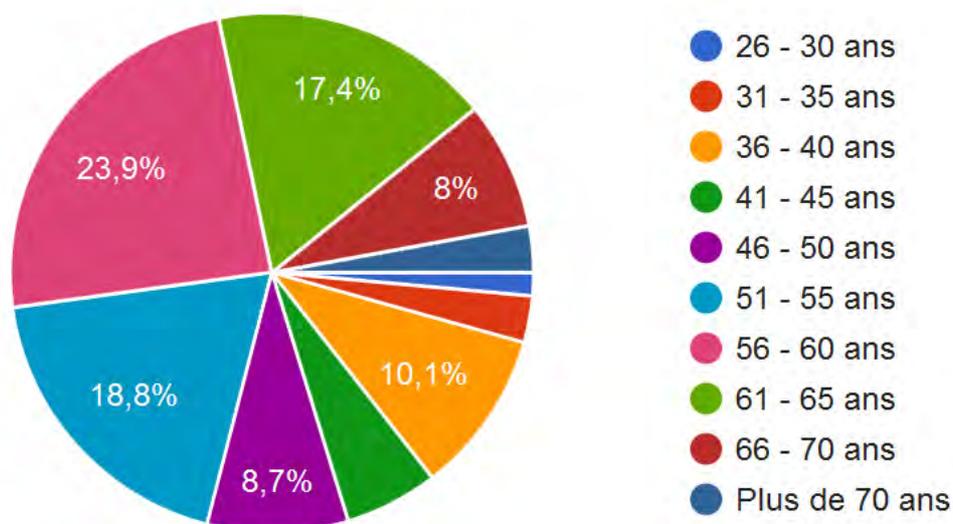
2.1.2.2. Quels médecins et quels jeunes en ITEP ?

2.1.2.2.1. Profils et pratiques médicales

Comme dit précédemment, 139 médecins (48,6 %) ont accepté de compléter cette enquête. Cependant, nous n'avons seulement tenu compte des réponses de 138 d'entre eux, un médecin ayant avoué avoir répondu au hasard à la plupart de nos questions.

Les praticiens travaillant en ITEP sont en grande partie des médecins expérimentés, puisque plus trois quarts ont d'entre eux ont au moins 46 ans (79,7 %), voire très expérimentés lorsqu'on constate que la moitié des médecins interrogés sont âgés de plus de 56 ans (52,2 %).

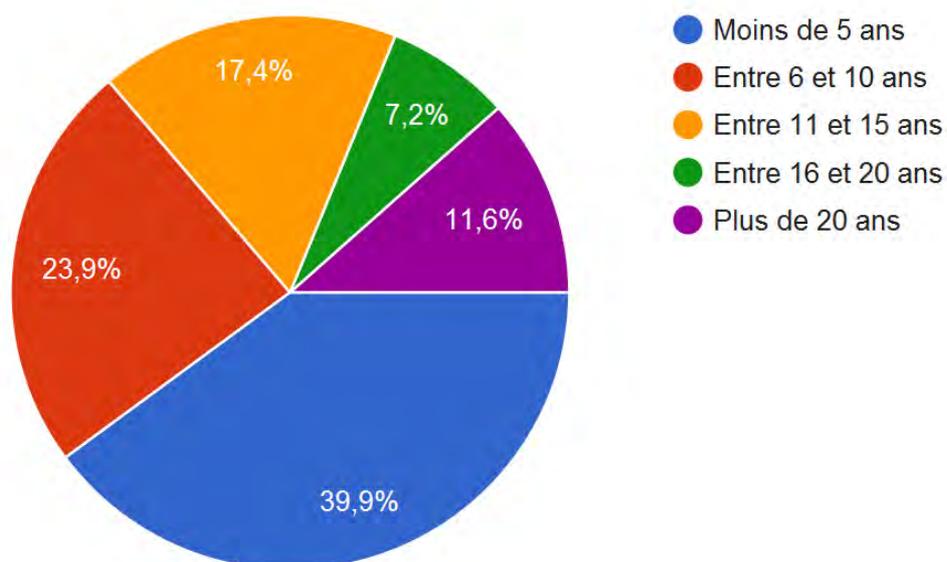
Figure 17. Répartition par tranches d'âges des médecins travaillant en ITEP (% sur 138 réponses)



Dans la très grande majorité des cas, les médecins ont une formation initiale de psychiatrie, soit d'adulte (50,7 %), soit de pédopsychiatrie (43,5 %). Des médecins généralistes (4,4 %) ainsi que des pédiatres (1,4 %) ont également des postes de médecin responsable en ITEP.

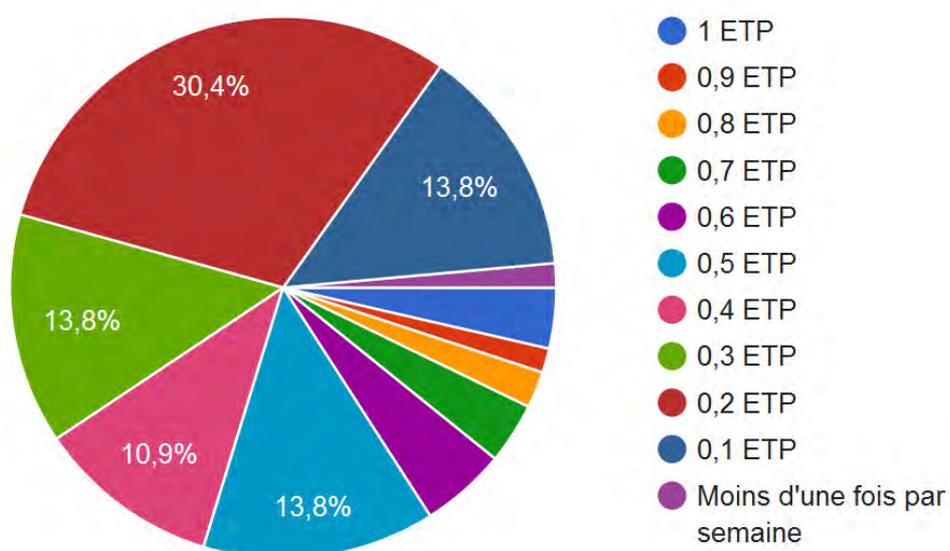
Une grande partie des participants a moins de cinq années de pratique en ITEP (39,9 %), tandis qu'un tiers d'entre eux y travaillent depuis plus de dix années (36,2 %), voire depuis plus de vingt ans (11,6 %) (figure 18).

Figure 18. Expérience en ITEP (% sur 138 réponses)



On ne recense que 5 médecins (3,6 %) travaillant à temps plein au sein d'un même ITEP (figure 19). Le fait que 45,6 % des personnes interrogées ne travaillent qu'un jour ou moins par semaine dans ces structures mérite d'être mentionné.

Figure 19. Temps d'activité des médecins d'ITEP (% sur 138 réponses)

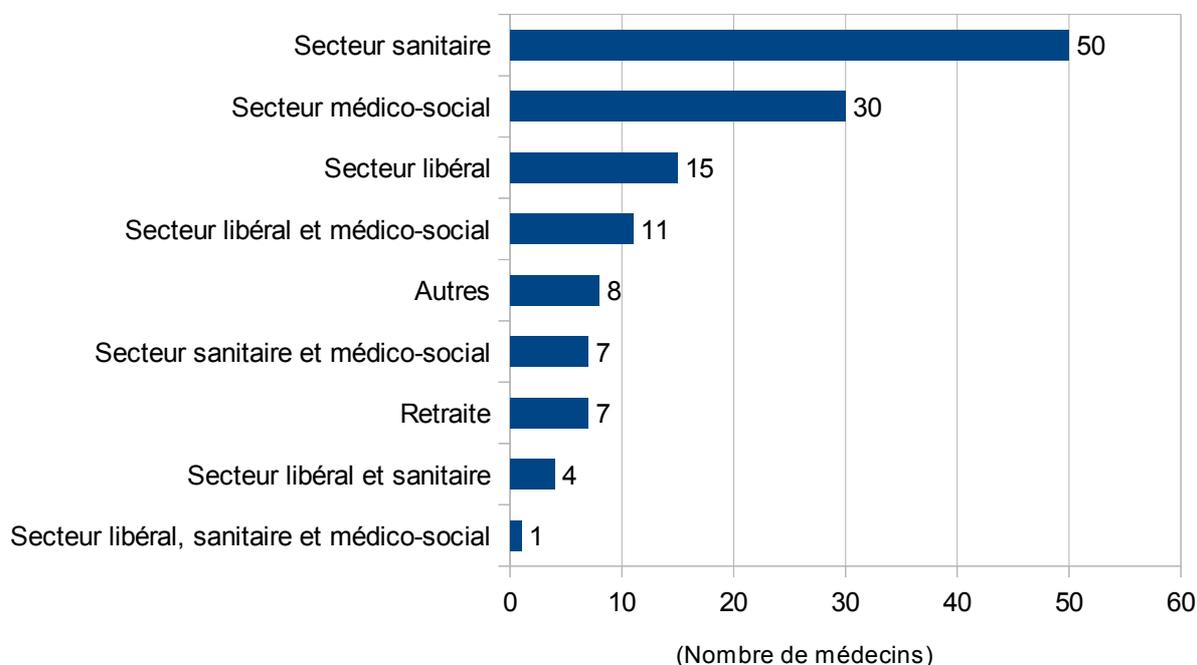


Au final, la quasi-totalité des médecins (96,4 %, soit 133 personnes) ont donc une pratique clinique variée, ne se limitant pas à leur ITEP. On retrouve des temps d'activité dans le secteur sanitaire (CMP, service d'hospitalisation...) chez 46,6 % des interrogés, ou bien dans d'autres structures du médico-social (IME, CMPP...) dans 34,6 % des cas. Une pratique libérale est aussi citée (23,3 %). Ces différentes « combinaisons » des temps d'activité sont listées dans le diagramme 20.

Lorsque nous questionnons le référentiel principalement utilisé par les médecins d'ITEP dans leur travail quotidien, nous constatons que 55,8 % se basent sur la *Classification internationale des maladies* (CIM-10) de l'Organisation mondiale de la santé et 13,8 % sur le *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM) de l'American Psychiatric Association.

La *Classification française des troubles mentaux de l'enfant et de l'adolescent* (CFTMEA) du Pr Roger Misès reste très utilisée et sert de base de travail à 24,6 % des personnes interrogées. D'autres référentiels sont également cités (5,8 %), notamment dans le domaine de la psychanalyse lacanienne.

Figure 20. Type d'activité(s) partagée(s) avec l'ITEP (sur 133 médecins)



2.1.2.2.2. Population d'enfants et d'adolescents accueillis

La plupart des ITEP accueillent une population comprise entre 30 et 60 enfants et/ou adolescents (50 %). Les structures de moins de 30 jeunes, représentent 23,9 % du total. On ne rencontre que très peu d'établissements de plus de 90 enfants (5,1 %).

On retrouve une moyenne d'environ 46 jeunes (minimum de 12 et maximum de 143) par établissement.

Toutes les institutions ne prennent pas en charge les mêmes populations. Nous en distinguons globalement trois sortes (sur les 138 réponses reçues), en nous basant sur les classes d'âge accueillies :

- Les ITEP accueillant enfants et jeunes adolescents, de 5 à 14 ans en moyenne (34 établissements, soit 24,6 %)
- Ceux n'accueillant que des adolescents, voire de jeunes adultes, de 12 à 20 ans en moyenne (34 établissements, soit 24,6 %)
- Et enfin, les ITEP ayant un agrément plus large, de 6 à 16 ans, voire jusqu'à 20 ans (70 établissements, soit 50,7 %)

Notons que 33 ITEP ont un agrément allant jusqu'à 20 ans (23,9 %)

Dans cette enquête, nous n'avons rencontré qu'un seul ITEP n'accueillant exclusivement qu'une population féminine.

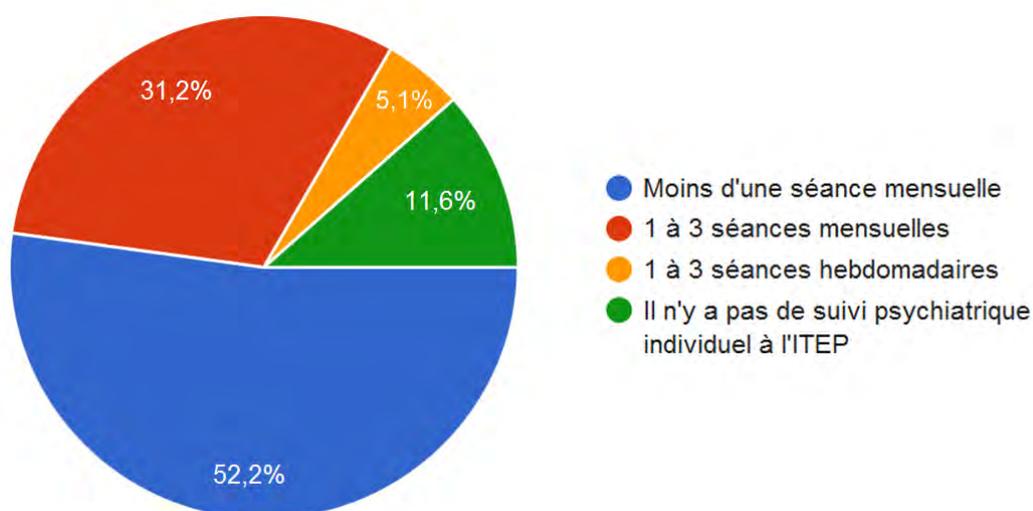
2.1.2.3. Prise en charge psychiatrique en ITEP

2.1.2.3.1. Suivi psychiatrique en ITEP

Nous avons ensuite questionné la place du suivi psychiatrique en ITEP, qu'il soit réalisé en individuel ou selon une modalité groupale.

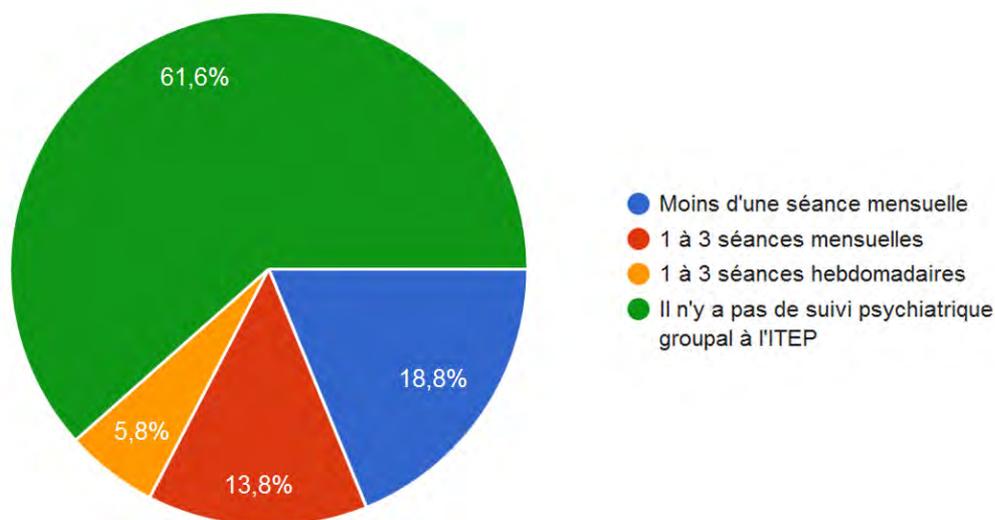
Concernant la prise en charge individuelle (figure 21), la moitié des médecins interrogés estiment la fréquence des entretiens psychiatriques en ITEP à moins d'une séance par mois (52,2 %). On note sinon moins d'une séance hebdomadaire (31,2 %) ou bien, plus rarement, plusieurs séances hebdomadaires (5,1 %). Nous pouvons alors conclure que dans un tiers des institutions (36,3 %), les enfants et adolescents sont vus par le psychiatre au moins une fois par mois, sur un temps individuel. Chez 11,5 % des interrogés, il n'y a pas de suivi réalisé au sein de l'établissement.

Figure 21. Fréquence moyenne du suivi psychiatrique individuel en ITEP (% sur 138 réponses)



La prise en charge psychiatrique groupale est moins pratiquée (figure 22), puisque 61,6 % des psychiatres d'ITEP n'animent pas des temps de groupe. Le suivi psychiatrique groupal, quant il a lieu, se tient essentiellement à une fréquence inférieure à une séance par mois (19,6 %).

Figure 22. Fréquence moyenne du suivi psychiatrique groupal en ITEP (*% sur 138 réponses*)



2.1.2.3.2. Quelle place pour le suivi psychiatrique extérieur ?

Dans la très grande majorité des situations, il existe un suivi psychiatrique extérieur à l'ITEP.

Dans quelques rares établissements, le suivi psychiatrique des jeunes est intégralement délégué à des intervenants extérieurs, en libéral ou CMP (2,1 %).

La plupart des enfants et adolescents bénéficient cependant d'une consultation extérieure (81,2 %).

Ce suivi externe correspond très souvent à la poursuite d'un suivi psychiatrique existant antérieurement à la prise en charge ITEP (82,6 % des réponses). Il peut aussi être motivé par une indication de prescription médicamenteuse (34 %) ou un travail psychothérapeutique (26,1 %).

Un travail conjoint avec des structures hospitalières (en temps plein ou en hôpital de jour) est rapporté par 19,6 % des interrogés.

Figure 23. Présence d'un suivi psychiatrique externe (% sur 138 médecins)

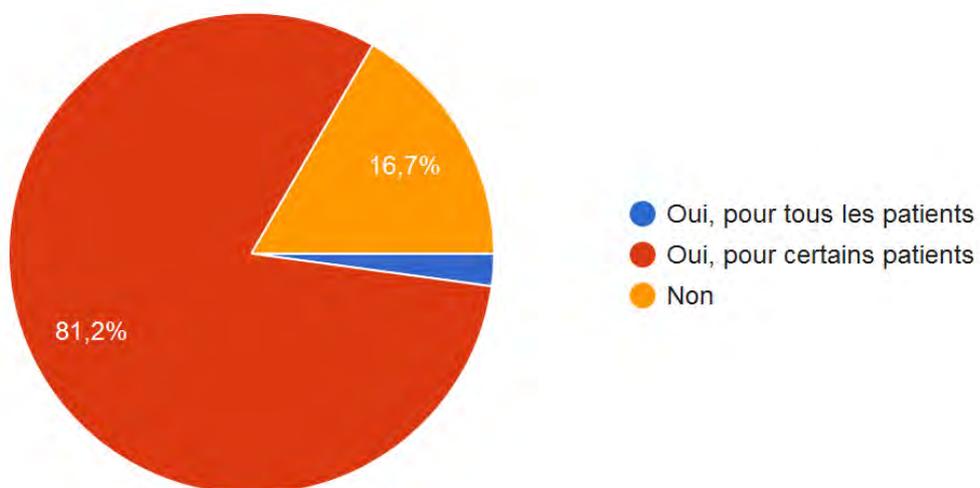
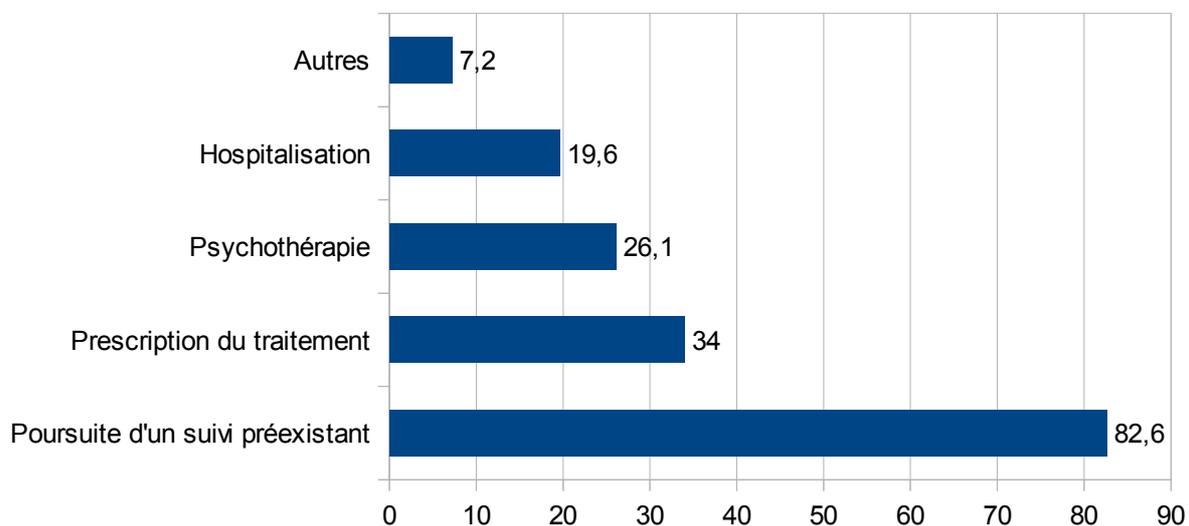


Figure 24. Indications du suivi psychiatrique externe (% sur 138 médecins)



Parmi les autres indications de suivi, l'organisation d'un relais ambulatoire, en fin de prise en charge ITEP, est citée par quelques médecins.

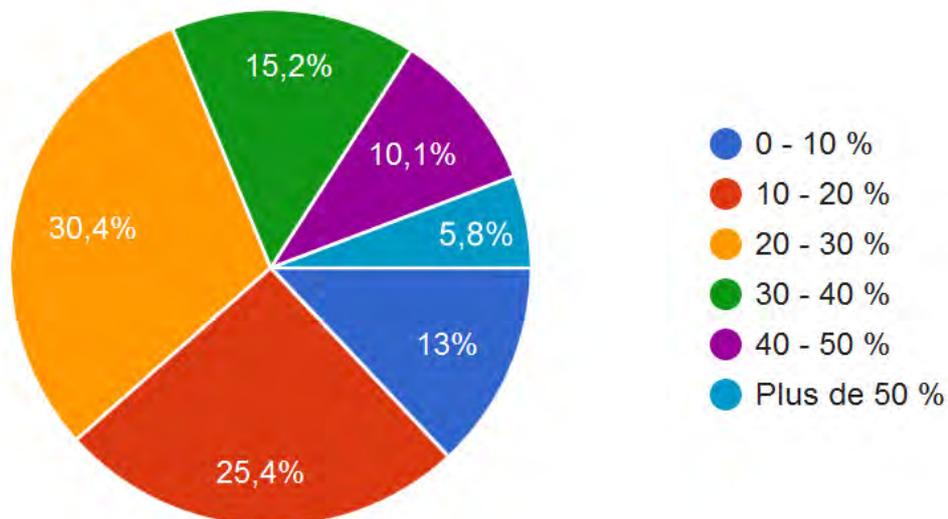
2.1.2.3.3. Gestion des prescriptions médicamenteuses

Pour une large partie des médecins interrogés (55,8 %), entre 10 et 30 % des enfants et adolescents d'ITEP ont un traitement médicamenteux. Peu de praticiens rapportent des proportions plus larges. Dans 5,8 % des établissements, plus de 50 % des jeunes ont une prescription de psychotropes (figure 25).

Cette prescription, qu'elle soit initiale ou de renouvellement, est essentiellement assurée par le psychiatre de l'ITEP, dans 49,3 % des cas. Il arrive cependant qu'il s'agisse d'une co-prescription entre le psychiatre d'ITEP et le psychiatre extérieur (libéral, CMP, service d'hospitalisation) dans 37,7 % des situations.

Seuls 8,7 % des médecins d'ITEP délèguent totalement la prescription à un confrère ne travaillant pas dans l'institution.

Figure 25. Proportion d'enfants et d'adolescents bénéficiant d'une prescription de psychotropes en ITEP (% sur 138 réponses)



2.1.2.3.4. Quel relais psychiatrique pour ces jeunes ?

Le relais psychiatrique en fin de prise en charge ITEP n'est effectué systématiquement que par 20,3 % des médecins. Pour les autres praticiens (110 personnes, soit 79,7 %), la poursuite d'un suivi relève plus du cas par cas.

Au sein de ces 110 médecins, les principaux motifs incitant à une poursuite de prise en charge psychiatrique sont :

- **Une indication psychopathologique** (retrouvée dans 60,4 % des réponses), avec notamment la surveillance d'une évolution vers un trouble psychotique (7,2 %), la gravité d'un trouble de personnalité (6,3 %) ou bien l'intensité des troubles du comportement (3,6 %)
- **La poursuite d'un traitement médicamenteux** (retrouvée dans 30,6 % des réponses)
- **La nécessité d'un suivi psychothérapeutique** (10 %) dans une moindre mesure

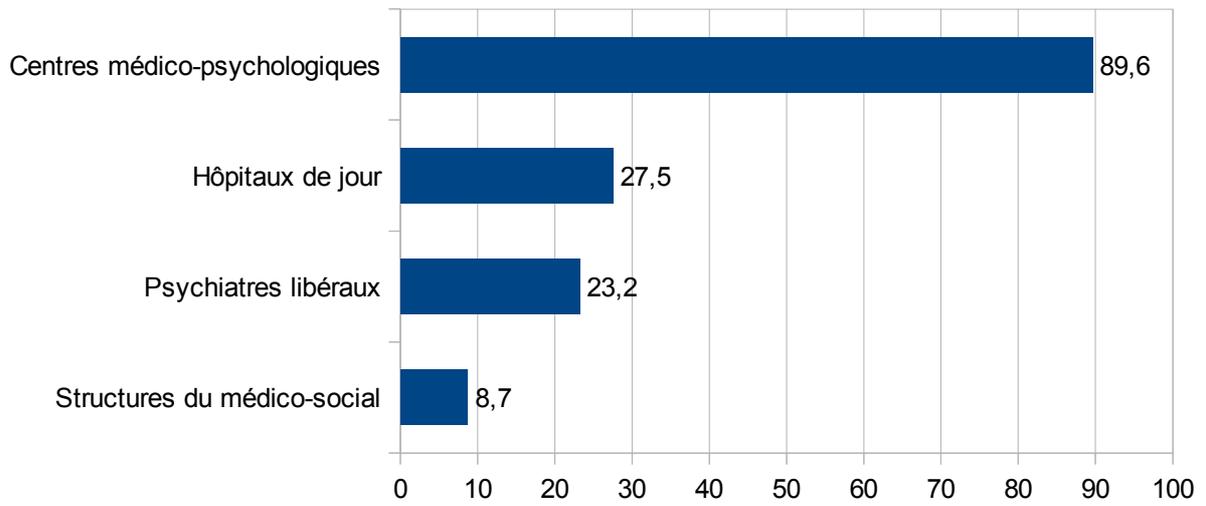
Bon nombre de médecins insistent sur l'importance de l'adhésion du jeune et de sa famille quand se réfléchit ce relais (12,6 %), expliquant que l'exercice peut se révéler périlleux. Cependant, le relais peut parfois se construire à la demande de l'adolescent.

Un désarroi est également palpable chez plusieurs médecins, qui se disent dans l'incapacité à mettre en place un relais (4,5 %), par manque de moyens (déserts médicaux, délai d'attente pour un rendez-vous...)

Le relais, quand il s'envisage, est habituellement organisé par l'ITEP, que ce soit par le psychiatre seul (51,8 %) ou par l'équipe pluridisciplinaire (38,8 %).

Les principaux partenaires privilégiés sont les centres médico-psychologiques (cités par 89,6 % des médecins), les hôpitaux de jour (27,5 %), les psychiatres libéraux (23,2 %) ainsi que d'autres structures du médico-social, notamment ITEP Pro (8,7 %).

Figure 26. Partenaires sollicités dans le cadre du relais psychiatrique, en fin de prise en charge ITEP (% sur 138 réponses)



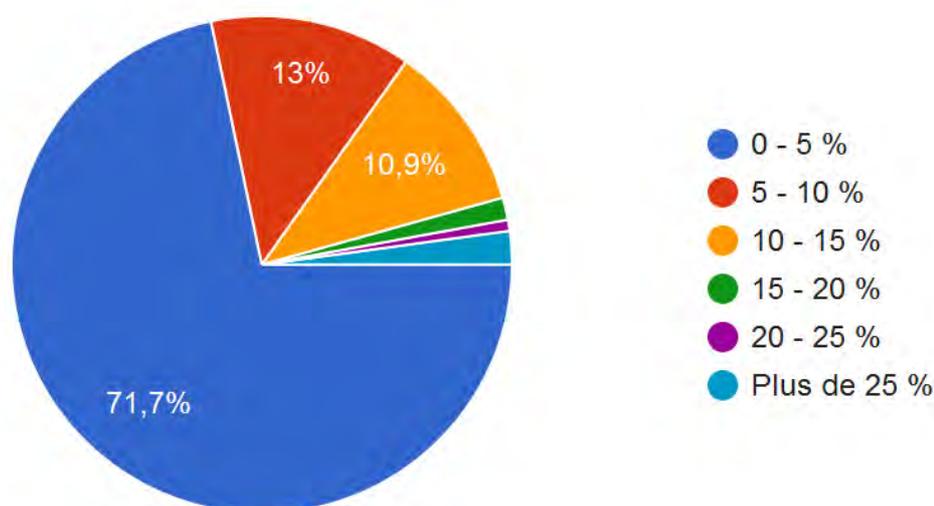
2.1.2.4. Troubles schizophréniques et ITEP

Le diagnostic de schizophrénie semble proportionnellement peu fréquent en ITEP, puisque 71,7 % des médecins interrogés évaluent sa fréquence à moins de 5 %.

Cependant, une majorité de praticien a déjà fait ce diagnostic au décours d'une prise en charge ITEP (59,4 %), ce qui nous laisse penser qu'il ne s'agit pas de situations anecdotiques.

On retrouve en moyenne entre 2 et 3 jeunes ayant un diagnostic avéré de schizophrénie par ITEP.

Figure 27. Diagnostic de trouble schizophrénique en ITEP (% sur 138 médecins)



Le diagnostic de schizophrénie est posé à partir des critères cliniques classiques (figure 28). Les trois principales catégories de symptômes cités dans notre enquête sont :

- **Les états délirants** (45,6 % des répondants)
- **La dissociation schizophrénique** (42,3 %), avec notamment la désorganisation idéo-comportementale
- **Les hallucinations** (29,4 %), essentiellement acoustico-verbales

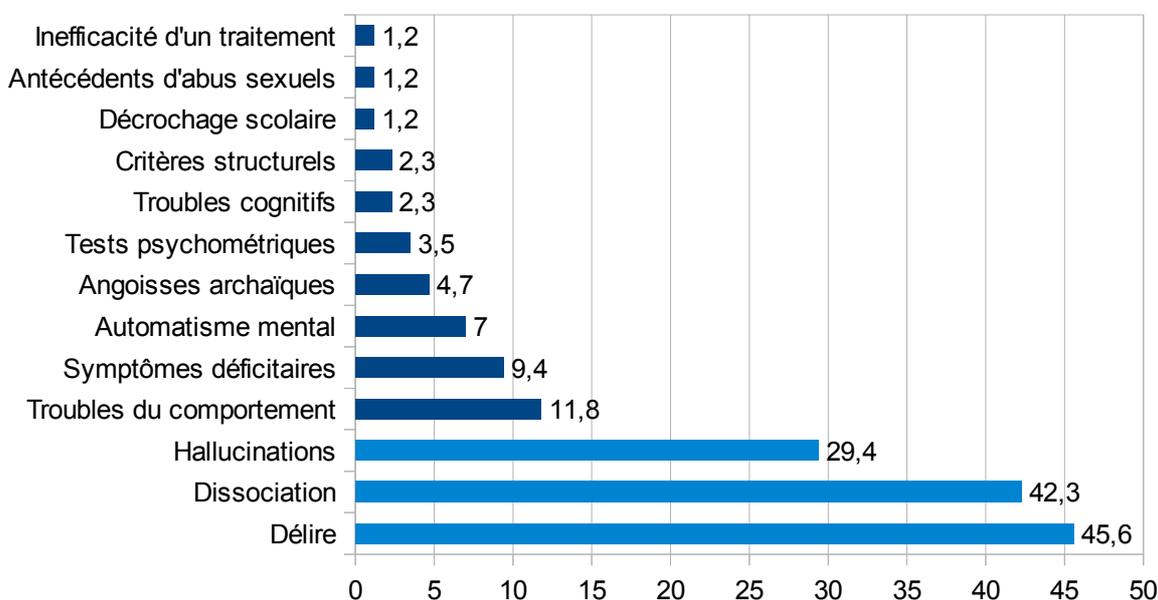
On retrouve ensuite évoqués les troubles du comportement (11,8 %), à type de crise clastique, de fugue, de gestes auto ou hétéro-agressifs ou conduites sexuelles inadaptées ; ou encore les symptômes déficitaires, avec retrait, apragmatisme et apathie (9,4 %).

Nous ne ferons que citer la présence d'un automatisme mental (7 %), d'angoisses archaïques (4,7 %), l'apparition de troubles cognitifs (2,3 %) ou d'un décrochage scolaire (1,2 %).

Bien que peu mentionnés, il est intéressant de noter que certains ont recours aux tests psychométriques (WISC, Rorschach ou tests attentionnels) dans leur démarche diagnostique. Un médecin se dit attentif à la présence d'antécédents d'abus sexuels, tandis qu'un autre s'appuie – en plus de la clinique – sur la résistance au traitement. Il n'est pas précisé à quel type de molécule en particulier.

Aucun médecin n'évoque la présence de symptômes thymiques atypiques.

Figure 28. Critères diagnostiques d'une schizophrénie, cités par les médecins interrogés dans le cadre de notre enquête (% sur 85 réponses)



Nous avons vu que le relais psychiatrique en fin de prise en charge ITEP est loin d'être systématique. Cependant, ce rapport s'inverse en ce qui concerne les patients souffrant de troubles psychotiques, puisque 79,9 % des médecins disent systématiquement organiser un relais psychiatrique pour cette catégorie de jeunes.

2.1.2.5. Repérage des sujets à risque en ITEP

2.1.2.5.1. Attention portée aux prodromes

Lorsque nous questionnons sur les phases précoces de la maladie schizophrénique, une large majorité des psychiatres interrogés (128 personnes, soit 92,7 %) se dit attentive aux symptômes prodromiques d'une pathologie psychotique en devenir.

Parmi les symptômes prodromiques attirant particulièrement l'attention (parmi les 124 réponses obtenues), trois se démarquent :

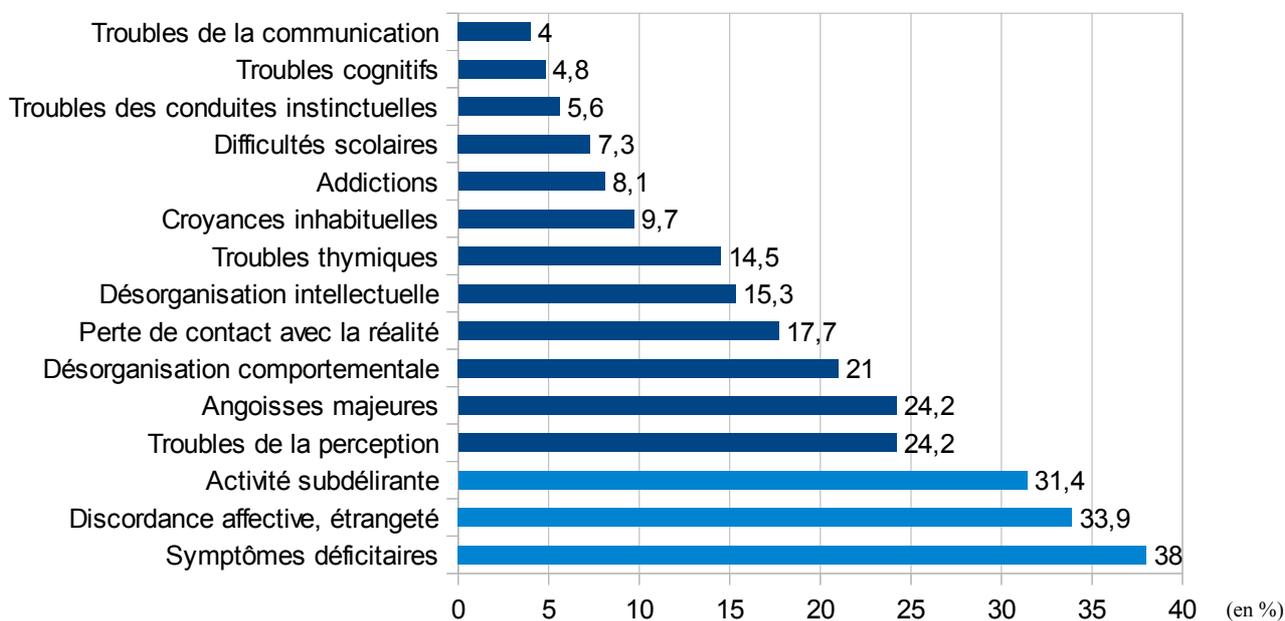
- **Les symptômes déficitaires** (38 %), caractérisés par un repli et un isolement social, avec installation d'un tableau d'apragmatisme.
- **La discordance affective, l'étrangeté du contact** (33,9 %)
- **L'apparition d'une activité délirante** (31,4 %), essentiellement à thématique de persécution, pouvant évoluer soit à bas bruit, soit au cours d'épisodes délirants brefs. Un médecin évoque d'ailleurs en ce sens les BLIPS (*brief limited intermittent psychotic symptoms*).

On retrouve ensuite les troubles de la perception (24,2 %), allant des anomalies perceptives aux hallucinations acoustico-verbales ou visuelles envahissantes. L'apparition ou la résurgence d'angoisses archaïques, à type de morcellement, sont fréquemment cités (24,2 %), tout comme la désorganisation comportementale (21 %) ou intellectuelle (15,3 %).

Les troubles thymiques sont parfois rapportés (14,5 %), décrits sous la forme d'une labilité émotionnelle ou bien de dépressions atypiques. Dans un registre psychanalytique, un médecin cite la difficulté d'accession à la position dépressive, concept kleinien, comme ayant une teneur prodromique.

Sont également signalés les croyances inhabituelles et la pensée magique (9,7 %), les conduites addictives (8,1 %), les difficultés scolaires (7,3 %), les troubles des conduites instinctuelles (altération du sommeil et troubles alimentaires, dans 5,1 %) et les troubles cognitifs (4,8 %).

Figure 29. Prodromes cités (% sur 124 réponses obtenues)



2.1.2.5.2. Prise en charge des prodromes

Face à des symptômes jugés prodromiques, une large majorité des médecins interrogés a recours à une prescription de traitement spécifique (99 personnes, soit 71,7 %).

Parmi ces 99 médecins, 92 % des répondants ont recours à un traitement psychotrope, et seulement 2 médecins évoquent un ajustement de la prise en charge : soit par une intensification du suivi, soit par l'instauration d'une prise en charge conjointe avec un hôpital de jour ou un CATTP.

Cependant, 17 % d'entre eux précisent spontanément que la prescription n'est pas systématique. Celle-ci dépend notamment de l'adhésion des parents (8%), de l'intensité des symptômes (7%) ou encore de la prise de conscience de ses difficultés par le jeune (3 %).

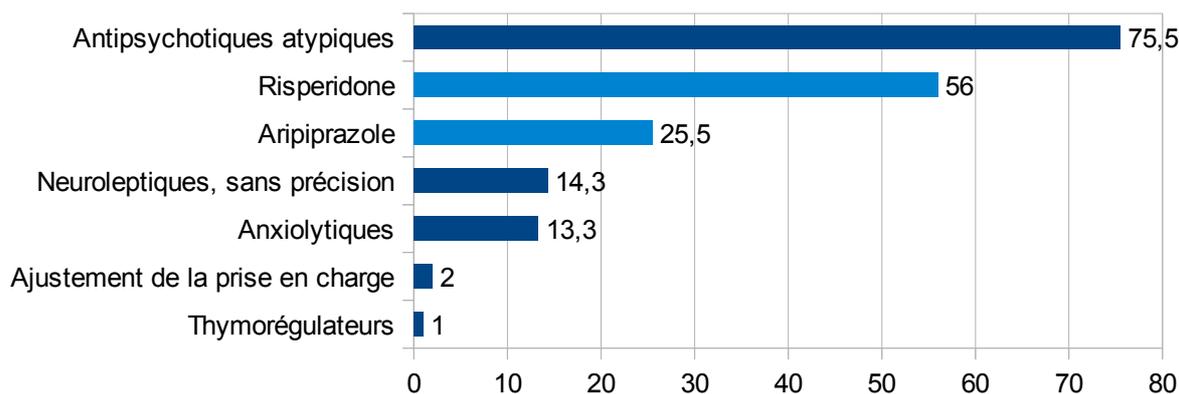
La plupart des répondants ont cité les classes médicamenteuses, voire les molécules prescrites. Ainsi 89 % des médecins mentionnent le recours aux neuroleptiques, en grande majorité des antipsychotiques atypiques (75,5 %).

Une référence claire aux anxiolytiques est retrouvée dans 14 % des réponses.

Le recours aux thymorégulateurs n'est évoqué que par un seul médecin. Aucun des médecins interrogés n'a eu recours à des traitements antidépresseurs.

Enfin, un praticien dit parfois prescrire du Méthylphénidate.

Figure 30. Types de traitements mis en place devant des symptômes d'allure prodromiques (% sur 99 réponses)



2.1.2.5.3. Le modèle des sujets à haut risque et ses outils d'évaluation

Le concept de *Ultra High Risk for psychosis*, sujets à très haut risque de psychose, n'est familier que pour 15,9 % des médecins, tandis que les outils de dépistage ne sont connus que par 13 % des interrogés.

Sur les 18 médecins ayant connaissance des dispositifs de dépistage, la quasi-totalité a cité la *Comprehensive Assessment of At Risk Mental State (CAARMS)* de l'équipe australienne de McGorry et Yung. Seuls deux médecins disent avoir déjà utilisé de tels instruments en ITEP.

2.1.2.5.4. La place du dépistage en ITEP

Nous avons questionné la place du dépistage des pathologies psychiatriques, et plus particulièrement psychotiques, en ITEP.

De façon générale, une majorité des médecins (78,4 %) estime que le dépistage systématique des pathologies psychiatriques pourrait avoir sa place en ITEP.

Lorsque nous questionnons de façon plus précise l'intérêt d'un repérage des sujets à haut risque de transition psychotique, la proportion de médecins favorables est élevée (82,6 %). Mais 71 % jugent que cela doit relever du cas par cas, alors que 11,6% pensent qu'il faudrait un repérage systématique en la matière.

Vingt-quatre médecins (17,4 %) estiment le dépistage, et plus particulièrement l'utilisation d'outils standardisés, sans intérêt en ITEP. Parmi les raisons invoquées, nous distinguons 6 principales catégories :

- **La primauté de la clinique** est retrouvée dans 12 réponses (46,1 %), avec notamment l'idée que l'usage d'un outil standardisé mène à une « dévitalisation de la sémiologie et de l'attention clinique » et donc à une analyse psychopathologique bancale de l'adolescent. Il est également souligné par un praticien que le fonctionnement institutionnel de l'ITEP suffit bien souvent à repérer les situations au devenir préoccupant.
- **Le caractère stigmatisant** du repérage des « sujets à risque » est cité par 7 médecins (27 %), avec la crainte qu'une telle « étiquette » (le mot revient à plusieurs reprises) puisse avoir une portée discriminative et être source de souffrance pour l'adolescent. De plus, une utilisation systématique de tels outils en ITEP soulève des questionnements d'ordre éthique. Enfin, un médecin fait part de sa crainte autour des « prophéties autoréalisatrices » que pourrait induire la notion de sujet à risque.
- **Le faible intérêt de tels instruments en ITEP** (4 réponses, 15,4 %). Au-delà de la prééminence du regard clinique, des psychiatres pointent le fait que l'émergence d'un trouble du spectre schizophrénique ne concerne que peu de jeunes d'ITEP, rendant l'usage d'un outil standardisé peu pertinent. Un médecin pense que ce genre d'outil n'aurait sa place qu'en recherche, notamment dans le domaine pharmacologique.
- **La faible prédictivité** (3 réponses, 11,5 %) des stratégies standardisées de repérage questionne, avec le sentiment que ces instruments peuvent conduire à plus d'erreurs diagnostiques qu'une approche clinique classique.
- Trois médecins (11,5 %) pensent que **l'adolescence est une période de transition**, avec des évolutions parfois très positives de tableaux initialement préoccupants, rendant peu pertinent l'idée de sujets à risque.
- Enfin, deux psychiatres (7,7 %) évoquent **le manque de temps** qui rend difficile la mise en place de telles stratégies, l'un d'entre eux nous répondant avec humour : « On ne va pas passer le temps clinique à remplir des questionnaires ».

2.1.3. Discussion

Il n'existe à notre connaissance aucune étude s'intéressant à la thématique du repérage des sujets à haut risque au sein des instituts thérapeutiques, éducatifs et pédagogiques.

Notre enquête conduite auprès de médecins d'ITEP amène plusieurs pistes de réflexion intéressantes. Outre la question du repérage précoce des sujets à risque, il nous semble que c'est avant tout le concept même de « sujet à haut risque » qui a fait réagir les praticiens interrogés.

2.1.3.1. La place du médecin et du soin psychiatrique en ITEP

Questionner d'emblée les médecins d'ITEP sur notre thématique de recherche, sans avoir au préalable une idée de leur pratique clinique, n'aurait eu aucun sens. C'est en cela qu'il nous est apparu essentiel d'évoquer au préalable la place du médecin et du soin psychiatrique en ITEP.

Nous retenons de notre enquête que la population médicale travaillant en ITEP est expérimentée (environ 80 % des praticiens ont plus de 46 ans), avec un roulement qui semble relativement important quant aux postes (40 % des médecins ont moins de 5 années d'expérience en ITEP).

Les médecins sont globalement peu présents sur les ITEP, puisque environ 45,6 % d'entre eux y travaillent un jour par semaine ou moins. Nous avons seulement recensé 5 médecins (3,6 %) à temps plein sur la même structure, ce qui est quasi anecdotique.

Il découle de ce faible temps de présence, des suivis médicaux (conduits par le médecin de l'ITEP) relativement espacés : dans la moitié des cas, la fréquence du suivi est inférieure à un mois. Il est inexistant dans 11,6 % des ITEP. Le suivi psychiatrique groupal est peu pratiqué.

Le médecin d'ITEP a surtout une fonction de coordonnateur du projet de soin, d'étayage de l'équipe pluridisciplinaire et de relais entre l'ITEP et les structures partenaires, notamment dans le sanitaire (service d'hospitalisation, hôpitaux de jour, CMP...).

Nous précisons que nous n'avons pas, dans le cadre de ce travail, questionné la place du suivi psychologique. Plusieurs médecins expliquent que le suivi individuel et groupal dans leurs ITEP est essentiellement assuré par le ou les psychologues présent(e-s) sur place.

Le fait que nous n'explorions pas la dimension pluridisciplinaire nous a été reproché par quelques praticiens. Un médecin nous formule à ce sujet la remarque suivante : « *Le travail de pluridisciplinarité n'est pas pris en compte dans votre questionnaire, en particulier en ce qui*

concerne les psychologues cliniciens et les psychologues du développement, de même que les orthophonistes. Or les observations de ces professionnels viennent alimenter notre regard clinique et pondérer nos propositions de traitements exclusivement médicaux. Là on touche à un problème récurrent qui est celui du pouvoir médical... »

Il en résulte que le suivi psychiatrique est très souvent bifocal, avec des consultations externes en centre médico-psychologique ou en libéral, en plus des rencontres avec le psychiatre de l'établissement.

Les liens entre le sanitaire et le médico-social semblent particulièrement forts, puisque près de la moitié des médecins d'ITEP travaillent également dans le sanitaire. De plus, les centres médico-psychologiques (CMP) sont les partenaires privilégiés quand un relais psychiatrique est envisagé. Nous retenons également que 27,5 % des médecins sont amenés à solliciter une prise en charge en hôpital de jour, ce qui nous laisse penser qu'une part importante des adolescents nécessite un étayage conséquent en fin de prise en charge ITEP.

Concernant le relais, celui-ci n'est systématique que pour 20 % des adolescents d'ITEP. Il relève dans 80 % des situations du cas par cas, avec une indication de suivi essentiellement motivée par le tableau clinique et la prescription médicamenteuse.

Pour les adolescents souffrant d'un trouble psychotique de type schizophrénie, le relais est systématique dans 80 % des situations. Il y a donc une véritable attention portée au maintien d'un suivi régulier pour ces adolescents diagnostiqués schizophrènes, même si on peut se questionner en creux sur le devenir des 20 % qui ne sont pas orientés.

Nous développons plus loin la problématique du diagnostic de sujet à haut risque de transition psychotique. Il nous semble que le repérage précoce de ces adolescents à risque permettrait de mieux baliser leur suivi et le relais, et ainsi éviter les « perdus de vue » après la sortie de l'ITEP. Cependant, il convient de garder en tête les difficultés pouvant être rencontrées dans l'orientation de ces adolescents (manque d'interlocuteurs, délais de rendez-vous). De plus, la jonction entre la pédopsychiatrie et la psychiatrie est souvent délicate au plan organisationnel, avec de nombreuses ruptures de soins à cette période (Schandrin et coll., 2013; Singh, 2009). C'est sûrement aussi à ce niveau que la pratique du « *case management* » aurait son intérêt (Early Psychosis Prevention and Intervention Centre, 2012).

2.1.3.2. Schizophrénie et phase prodromique

Le diagnostic de schizophrénie n'est pas marginal en ITEP. Statistiquement nous retrouvons dans chaque établissement entre 3 et 4 adolescents en souffrant, sur une population moyenne de 46 jeunes.

Les praticiens interrogés se disent, dans la grande majorité, sensibles aux symptômes prodromiques d'une pathologie psychotique en devenir.

Les symptômes déficitaires (repli, isolement, apragmatisme) sont les plus cités : il s'agit d'un indicateur prodromique précoce et aspécifique. Viennent ensuite l'étrangeté du contact, les idées délirantes à bas bruit et les troubles de la perception, qui sont des indicateurs prodromiques plus tardifs mais aussi plus spécifiques, qui revêtent la forme de symptômes psychotiques atténués. L'expertise clinique des médecins interrogés rejoint en ce sens les données de la littérature (Krebs, 2011).

Les prodromes sont cependant une donnée clinique délicate à partager, avec des points de vue différents selon les interlocuteurs. Un médecin décrit ainsi sa difficulté *« à partager avec les partenaires sanitaires, plus sensibles à la clinique de la "décompensation" et du "symptôme explicite" pour les psychiatres d'adultes, et à celle des troubles du spectre autistique pour les pédopsychiatres. Par ailleurs, le jour explicite des troubles (souvent très impactant sur le plan environnemental : agressivité, violence...) est trop souvent retenu comme aiguillon diagnostique. Nos jeunes se retrouvent alors étiquetés psychopathes ou futurs psychopathes »*.

Quelques médecins expriment la difficulté que peut représenter l'analyse de symptômes prodromiques pendant l'adolescence, *« période de transition, avec une évaluation fragile »*, d'autant plus si ces signes sont analysés par un outil standardisé. Une personne interrogée nous dit ainsi que *« (les) enfants et des adolescents, êtres profondément en devenir, sont souvent surprenants par leurs capacités de résilience. Il me paraît inadéquat et peut-être lourd de conséquences de s'appuyer sur des valeurs standard »*.

Les principaux symptômes prodromiques cités dans notre enquête (*voir supra*), sont en effet fréquemment retrouvés à l'adolescence. Ainsi, au sein d'une population adolescente « normale » la prévalence de l'apragmatisme est de 39,7 %, celle de l'isolement de 18,4 %, et on peut également retrouver une pensée magique (51 %), des anomalies perceptives (45,6 %) et une étrangeté de contact (25,2 %) (McGorry et coll., 1995). Nous citerons à cet égard André Green (1990) : *« L'adolescence comporte à l'état ordinaire un facteur que je nommerai, faute de mieux, quasi*

psychotique ou "psychotic like", qui peut soit aboutir à l'actualisation d'une potentialité psychotique, soit se dissoudre progressivement dans la structure définitive (adulte) du sujet ».

C'est une question de paradigme de soins qui se joue avec la définition du sujet à haut risque de transition psychotique, mais aussi de changement d'orientation en matière de santé publique. Vaut-il mieux repérer précocement et accompagner, peut-être excessivement, des individus dont « seuls » 36 % effectueront une transition psychotique après 3 ans (Fusar-Poli et coll., 2012) ? Ou bien, *primum non nocere*, s'abstenir de toute intervention afin de limiter une iatrogénie et une stigmatisation trop importantes et attendre l'émergence clairement identifiable d'un épisode aigu, au prix d'une durée de psychose non traitée souvent médiocre (deux années en moyenne, Larsen et coll., 1996) ?

Lorsque nous questionnons sur la prescription de « traitement(s) spécifique(s) » au cours de la phase prodromique, une proportion particulièrement importante de médecins dit avoir recours aux antipsychotiques atypiques ou aux neuroleptiques classiques. À cette phase de la maladie, il n'est pas conseillé d'avoir recours à ce type de molécule : leur efficacité sur le taux de transition psychotique est incertaine (Bechdolf et coll., 2005; Häfner et coll., 2004; McGlashan et coll., 2006; Schmidt et coll., 2015), ils exposent à des effets indésirables (Odagaki, 2009) et peuvent avoir un caractère stigmatisant (Corcoran et coll., 2005).

Nous nous demandons toutefois si, dans notre question, le terme de « prescription » n'a pas induit un biais dans les réponses, amenant la quasi-totalité des médecins à seulement évoquer la prescription médicamenteuse. Les interventions psychothérapeutiques ont également démontré leur efficacité dans la prévention de la survenue d'un premier épisode psychotique (Schmidt et coll., 2015). Seuls deux médecins les ont évoquées.

2.1.3.3. Le modèle des sujets à haut risque

Nous nous sommes questionné sur l'intérêt que représente cette thématique pour les médecins travaillant en ITEP. Sur les 286 praticiens interpellés par mail, 147 médecins (51,4 %) n'ont pas complété notre questionnaire : 30 ont refusé de participer à notre enquête et 117 n'ont jamais répondu à nos sollicitations régulières, malgré une dizaine de relances.

Au-delà de l'habituelle proportion de non-répondants dans ce type d'étude, le fait que la moitié des médecins d'ITEP sollicités ne réponde pas nous a interrogé sur le manque d'intérêt, de pertinence ou

de connaissance d'une telle thématique en ITEP.

Le concept de sujet à risque n'est connu que par une faible proportion des médecins interrogés (15,9 %), tout comme les dispositifs de dépistage (13 %). Ce modèle paraît pour l'instant n'être encore cantonné qu'à la littérature scientifique.

Néanmoins, la notion de repérage précoce des sujets à risque fait fortement réagir, et conduit à des débats qui, à l'image de ceux retrouvés dans la littérature, nous ont semblé « *passionnants et parfois passionnées* » (Solida et Conus, 2012).

Parmi les réticences que cette thématique soulève, il s'avère que c'est avant tout celles d'ordre théorique qui prévalent, avec la crainte que la psychopathologie ne s'efface derrière une pratique catégorielle de la psychiatrie, et ce que Joseph Rouzel nomme « *la tentative de réification de l'humain* » (Rouzel, 2013).

Plusieurs médecins n'ont pas souhaité participer à cette enquête à cause de « *vives résistances* » idéologiques, renforcées par le format jugé trop rigide de notre questionnaire. Certains regrettent que la question du sujet et de l'évolutivité de la structure ne soit pas prise en compte.

Comme le résume fort justement un des médecins interrogés : « *Une des difficultés est l'absence de langage commun et partagé en terme de référentiel diagnostique, pouvant faire penser à une lutte entre anciens et modernes.* »

En dépit de certaines différences fondamentales, la pensée psychanalytique et les théories neurodéveloppementales ne s'excluent pas, pour peu qu'on les articule ensemble. Le modèle des sujets à haut risque n'ancre pas l'individu dans un devenir prédéterminé de psychose, il souligne la nécessité d'étayer plus que d'autres certains adolescents. Il nous semble que ce modèle tient compte de la neuroplasticité cérébrale, qui en fait justement une structure évolutive, où ce qui fait trace au plan psychique, peut faire également trace au plan « synaptique » (Lestienne et Lostra, 2009).

Encore faut-il, bien entendu, ne pas se limiter à la clinique du regard, listant simplement des symptômes, et y joindre celle de la parole : « *Quel que soit l'intérêt d'une étude des maladies quant à leurs variétés, à leur histoire, à leur issue, il ne saurait éclipser l'intérêt de tentatives de compréhension du rôle et du sens de la maladie dans l'expérience humaine* » (Georges Canguilhem, 1989).

Concernant le dépistage en ITEP, une majorité des praticiens y est favorable (82,6 %), même si au final peu pensent qu'il doit être systématique (11,6 %).

Dans la partie « Commentaires » de notre enquête, un certain nombre de médecins en nuancent la faisabilité, notamment à cause de leur manque de disponibilité. La relation aux parents, parfois délicate, est souvent avancée comme un frein.

Il est plusieurs fois fait référence à la nécessité d'un partenariat solide avec les structures du sanitaire pour soutenir une telle démarche de repérage. Un médecin nous dit : « *Pour ces enfants à risque, il est très important de tisser un partenariat solide avec les structures du sanitaire, dans une complémentarité bénéfique pour la prise en charge globale et l'accompagnement de l'enfant et sa famille.* »

L'outil standardisé que nous citons, la CAARMS, n'est connu que par 13 % des médecins. Seuls deux dans notre enquête, disent l'avoir déjà utilisé.

Quelques critiques sont formulées, notamment au sujet du risque de « faux positif », et de stigmatisation qui en découle (*cf. infra*). Même s'il est vrai que tous les sujets repérés à haut risque ne développeront pas un trouble psychotique (Fusar-Poli et coll., 2012), la plupart d'entre eux gardent un fonctionnement altéré et sont à risque de développer d'autres troubles mentaux (Addington et coll., 2011).

Plusieurs médecins nous disent que leur clinique suffit pour repérer les sujets à risque, le recours à un questionnaire n'étant pas pertinent et contribuant à la « *dévitilisation de la clinique* ». D'autres estiment qu'un questionnaire manque peut-être de nuance. Nous citerons ainsi un « *vieux collègue* » : « *l'abord de la souffrance des individus humains ne peut faire l'économie de l'incertitude de la pensée de ceux qui les soignent. Une grille est sans doute une aide partielle possible mais ne peut pas remplacer la multiplicité des éléments qui fondent une impression clinique.* »

2.1.3.4. La question éthique

Le diagnostic de sujets à haut risque de psychose a conduit à des réflexions éthiques, avec notamment la crainte qu'un tel « étiquetage » ne soit stigmatisant. Dans leur revue de la littérature, Yang et coll. (2010) mettent en effet en avant le fait qu'une telle annonce peut induire un phénomène d'auto-stigmatisation, avec notamment une majoration de l'isolement, une diminution de l'estime de soi, des angoisses, voire des idées suicidaires (Xu et coll., 2016), surtout quand elle survient pendant l'adolescence, période où se structure l'identité.

Cependant, *la transparence diagnostique* reste l'attitude la plus éthique, si on s'en réfère au principe d'autonomie du patient (Mittal et coll., 2015). Elle permet d'expliquer les symptômes, de donner des

règles d'hygiène psychologiques claires (notamment par rapport au cannabis), d'éviter le recours à des traitements excessifs (tels que les neuroleptiques) (Sommer et coll., 2016). *La non-divulgence diagnostique* est historiquement l'approche la plus classique en médecine, paternaliste, qui promeut le principe de non-malfaisance. Même si elle permet de limiter la stigmatisation, l'auto-stigmatisation et l'angoisse chez le patient, elle fait l'impasse sur des stratégies thérapeutiques pouvant améliorer le pronostic.

Le risque de stigmatisation doit rester constamment à l'esprit et être confronté au bénéfice clinique attendu en termes de réduction des risques chez les sujets présentant des troubles psychotiques. La nécessité de limiter la stigmatisation rend nécessaires les interventions en dehors de l'hôpital (Krebs et Canceil, 2004). C'est en cela que la mise en place d'un programme de repérage au sein même des ITEP, en amont d'une consultation hospitalière, avec une première évaluation réalisée par un médecin qui connaît déjà l'adolescent, peut se révéler pertinente.

*
**

Au final, les médecins travaillant en ITEP sont globalement favorables à un repérage précoce, même si la notion de « sujet à haut risque » questionne au plan clinique, théorique et éthique. Plusieurs freins semblent limiter la mise en place de tels protocoles au sein même des ITEP : manque de temps médical, adhésion des familles... mais aussi, il nous semble, une certaine méfiance des praticiens face à ce modèle récent et peu connu.

S'y appuyant déjà dans le cadre des suivis et relais d'adolescents d'ITEP, la question du partenariat avec le secteur sanitaire pour le dépistage des psychoses atténuées est plusieurs fois posée.

En l'absence de structure dédiée au repérage et à l'accompagnement de sujets à « haut risque », nous nous sommes donc demandés si l'utilisation d'un outil standardisé, tel que la CAARMS, pouvait être envisagée en ITEP. C'est dans cette optique que nous avons mené une étude exploratoire, qualitative, de la passation de la CAARMS en ITEP.

2.2. Passation de la CAARMS auprès de jeunes pris en charge en ITEP : étude exploratoire

2.2.1. Matériel et méthode

2.2.1.1. Objectifs

Après nous être penché, en interrogeant au niveau national des médecins travaillant en ITEP, sur la pertinence que pourrait avoir une stratégie de repérage des sujets à haut risque de psychose dans ces structures, il nous est apparu intéressant d'évaluer une telle démarche au sein d'un institut thérapeutique, éducatif et pédagogique.

Nous avons donc proposé de réaliser une étude exploratoire, qualitative, de la passation de la CAARMS au sein d'ITEP.

2.2.1.2. Participants

Nous avons mené notre étude au sein de deux ITEP toulousains :

- Le Home, de l'Association Pour l'Éducation et l'Apprentissage des Jeunes (APEAJ), situé à Toulouse. Cet ITEP accueille 40 jeunes, âgés de 11 à 16 ans.
- Château Sage, situé à Toulouse. Cet ITEP accueille 50 jeunes, âgés de 14 à 20 ans.

Les médecins responsables des deux structures ont initialement recruté 19 adolescents (17 adolescents au Home et 2 adolescents à Château Sage).

Tous les participants recrutés parlaient et comprenaient correctement le français, et aucun ne présentait un antécédent d'épisode psychotique franc, un retard mental, un trouble neurologique ou une autre maladie somatique (Krebs et coll., 2014).

Nous ne connaissons pas les données biographiques et les antécédents médico-chirurgicaux et psychiatriques personnels et familiaux, avant de les rencontrer.

La participation des adolescents a été soumise à l'accord parental, avec une information donnée par l'ITEP aux familles concernées.

Il est important de noter qu'au cours de l'élaboration de ce protocole, le médecin responsable de l'ITEP du Home a quitté ses fonctions. L'absence de relais médical au sein de cette structure est donc à prendre en compte dans l'analyse de cette étude.

2.2.1.3. L'outil d'évaluation : la CAARMS

Nous avons utilisé la *Comprehensive Assessment of at risk mental states* (CAARMS), entretien semi structuré mis au point par l'équipe australienne de McGorry et Yung (Yung et coll., 2005).

Regroupant 28 items, divisés en sept catégories, cet outil permet de déterminer si un sujet remplit les critères d'état mental à risque (AR) de psychose, ou bien s'il a franchi le seuil de psychose.

Nous rappelons que la CAARMS permet la distinction de 3 groupes d'états mentaux à risque :

- **Le groupe de vulnérabilité** : caractérisé par un fonctionnement altéré à la SOFAS, associé à des antécédents familiaux de psychose et/ou une personnalité schizotypique.
- **Le groupe de psychose atténué** : caractérisé par la présence de symptômes psychotiques dit « atténués », en terme de fréquence ou d'intensité, et associés à un fonctionnement altéré à la SOFAS.
- **Le groupe des BLIPS** (*Brief, Limited or Intermittent Psychotic Symptoms : Symptômes psychotiques brefs, limités ou intermittents*) : caractérisé par la présence de symptômes psychotique, de fréquence et d'intensité élevées, sur une période inférieure à une semaine, associés à un fonctionnement altéré à la SOFAS.

L'appartenance à un groupe d'état mental à risque s'appuie donc :

- Sur les cotations de la catégorie « Symptômes positifs » de la CAARMS, évaluant les troubles du contenu de la pensée, les idées non bizarres, les anomalies de la perception et la désorganisation du discours.
- Sur le score de fonctionnement social et professionnel de la SOFAS
- Sur la présence d'un trouble de personnalité schizotypique et/ou d'antécédents familiaux de psychose au premier degré.

Nous nous sommes basé sur la version française, traduite et validée par l'équipe de Krebs et coll. (2014). Nous avons effectué deux modifications : introduction du tutoiement et décalage de la partie interrogeant les symptômes positifs, qui figurait en début d'entretien et que nous avons déplacé de la première à la quatrième partie de la CAARMS (annexe 2).

2.2.1.4. Critères de faisabilité

Nous avons évalué la faisabilité à deux niveaux : au plan organisationnel et au niveau de la passation de l'entretien semi-structuré.

Concernant l'organisation de l'entretien, nous avons choisi pour critères :

- La présence aux entretiens
- Les motifs des absences
- Les difficultés de communication repérées avec les équipes administratives et/ou éducatives

Au niveau de la passation, nous avons évalué :

- La pertinence d'une passation en deux temps de la CAARMS
- La durée de la passation
- La compréhension aux questions
- L'angoisse ou l'agressivité générée

2.2.1.5. La procédure

2.2.1.5.1. Organisation de la passation de la CAARMS

Notre étude s'est déroulée sur 7 semaines, entre mai et juillet 2016.

La passation de la CAARMS était réalisée par un interne en psychiatrie. Les adolescents étaient rencontrés seuls, en l'absence d'un parent ou d'un éducateur, dans les locaux de l'ITEP.

L'utilisation de la CAARMS nous était déjà connue, puisque nous en avons déjà fait usage au cours de l'année passée, dans deux services d'hospitalisation en psychiatrie.

La durée moyenne de passation de la CAARMS oscillant entre 60 à 90 minutes, il a été décidé de la scinder en deux entretiens (E1 et E2), avec une plage horaire de 45 minutes pour chacun, en nous basant sur la passation de la CAARMS en milieu pédiatrique retrouvée dans la littérature (Spada et coll., 2016).

Les rendez-vous étaient organisés par les ITEP, en se basant sur le planning d'activité des

adolescents. L'investigateur se déplaçait ainsi plusieurs fois par semaine au sein de l'ITEP pour y rencontrer les adolescents.

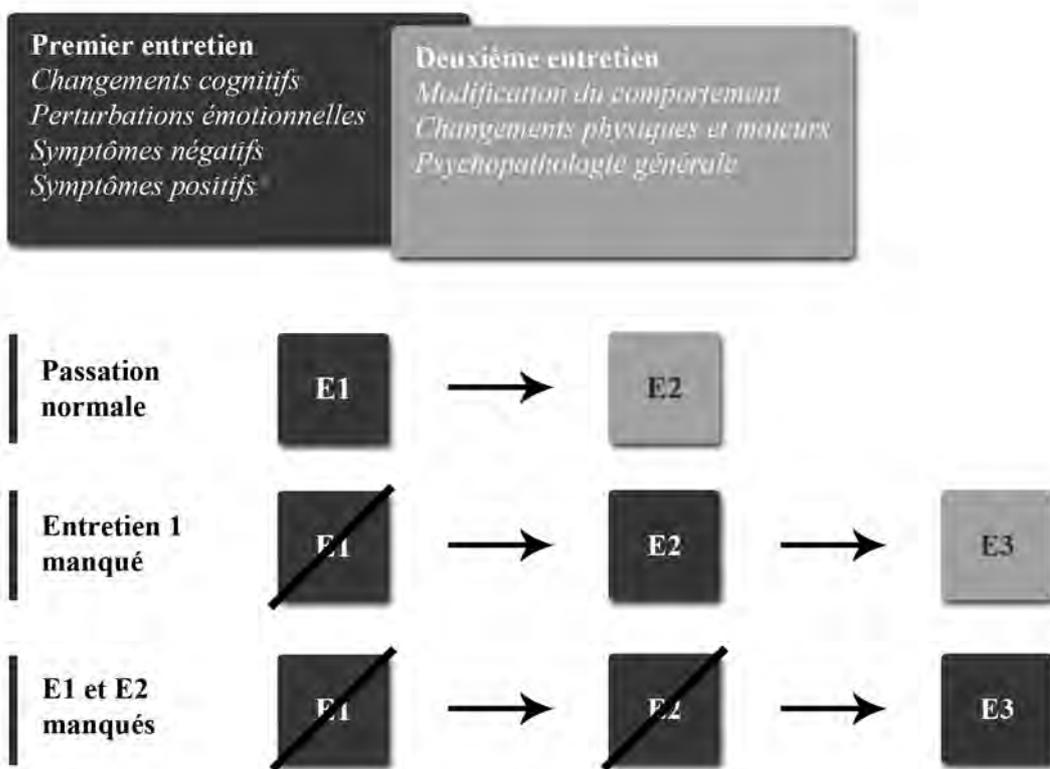
Si le premier entretien (E1) venait à être manqué, il était prévu d'en programmer un troisième (E3) afin de pouvoir passer entièrement la CAARMS (figure 31).

Si les deux premiers entretiens (E1 et E2) étaient manqués, nous maintenions le troisième entretien (E3), sans en programmer de quatrième. La CAARMS était alors passée de façon incomplète, mais permettait néanmoins de compléter les critères « d'état mental à risque », les symptômes positifs étant explorés au cours de la première rencontre.

L'échelle d'évaluation du fonctionnement social et professionnel (SOFAS) était complétée en dehors des temps d'entretien avec le psychiatre et/ou le psychologue référent de l'adolescent.

Les informations concernant le profil de personnalité schizotypique et la présence d'antécédents familiaux de psychose au premier degré étaient données dans un second temps par le médecin psychiatre référent de l'ITEP.

Figure 31. Procédure de passation de la CAARMS



2.2.1.5.2. Déroulement d'un entretien type

Les adolescents étaient rencontrés seuls dans le bureau médical.

Nous expliquions au préalable dans quel contexte se situait cette rencontre, à savoir un travail de thèse, dont la thématique principale est l'adolescent en ITEP. Il était précisé que cette rencontre avait à la fois reçu l'accord des parents mais également celui du médecin de l'ITEP.

Nous présentions l'entretien comme un temps où serait exploré de façon très précise différentes facettes de leur personnalité, telles que les émotions, les idées, les sensations, l'anxiété, la concentration..., et que nous discuterions des difficultés éventuellement rencontrées.

Les participants étaient informés que ces difficultés pouvaient le cas échéant être partagées avec le médecin ou le psychologue référent de l'adolescent.

Au cours du premier entretien, étaient successivement évaluées les quatre catégories suivantes :

- **Les changements cognitifs** (attention et concentration)
- **Les perturbations émotionnelles** (vécu subjectif, émoi ou affects inappropriés)
- **Les symptômes négatifs** (alogie, avolition, anhédonie)
- **Les symptômes positifs** (contenu des idées, anomalies perceptives, désorganisation)

Au cours de l'entretien suivant, était exploré :

- **Les modifications du comportement** (isolement, agressivité, comportement désorganisé)
- **Les changements physiques et moteurs** (altération du fonctionnement moteur, végétatif..)
- **La psychopathologie générale** (manie, dépression, intentions suicidaires, anxiété...)

2.2.2. Résultats

2.2.2.1. Participants

Onze des 18 adolescents (61,1 %) ont bénéficié de l'autorisation parentale. Un adolescent était majeur et a accepté la passation.

Nous avons donc inclus 12 adolescents sur les 19 ciblés par les deux médecins d'ITEP (63,1 %).

L'âge moyen des participants est de 15 ans (le plus jeune était âgé de 13 ans, le plus âgé de 18 ans).

On retrouve onze garçons pour une seule fille.

2.2.2.2. Faisabilité de la passation de la CAARMS

2.2.2.2.1. Participation et organisation des entretiens

Le déroulement du protocole est décrit dans le *flowchart* (figure 32).

Sur les 12 premiers entretiens programmés (E1), un seul adolescent s'est présenté à la passation (passation complète de la CAARMS, à la demande de l'adolescente). Il s'agissait de la seule majeure de l'étude, mais aussi de l'unique adolescente de sexe féminin.

Les non-passations étaient liées à une absence du jeune sur la structure (7 situations), à un refus (2 situations) ou à une absence de l'investigateur (2 situations).

Parmi les 9 adolescents absents ou ayant refusé ce premier entretien, 8 d'entre eux n'avaient pas connaissance de cet entretien.

L'absence de l'investigateur n'a pas impacté les 2 adolescents devant être rencontrés, puisqu'ils n'étaient également pas informés de cette passation.

Au total, 10 des 11 adolescents n'ayant pas passé le premier entretien n'en avait pas été informés. Ces 10 adolescents appartenaient à l'ITEP où il n'y avait plus de psychiatre référent.

Trois adolescents ont quitté le protocole, suite à cette première étape (25 %). Les parents d'un adolescent ont finalement retiré leur accord, tandis que deux jeunes se sont montrés opposants à toute rencontre.

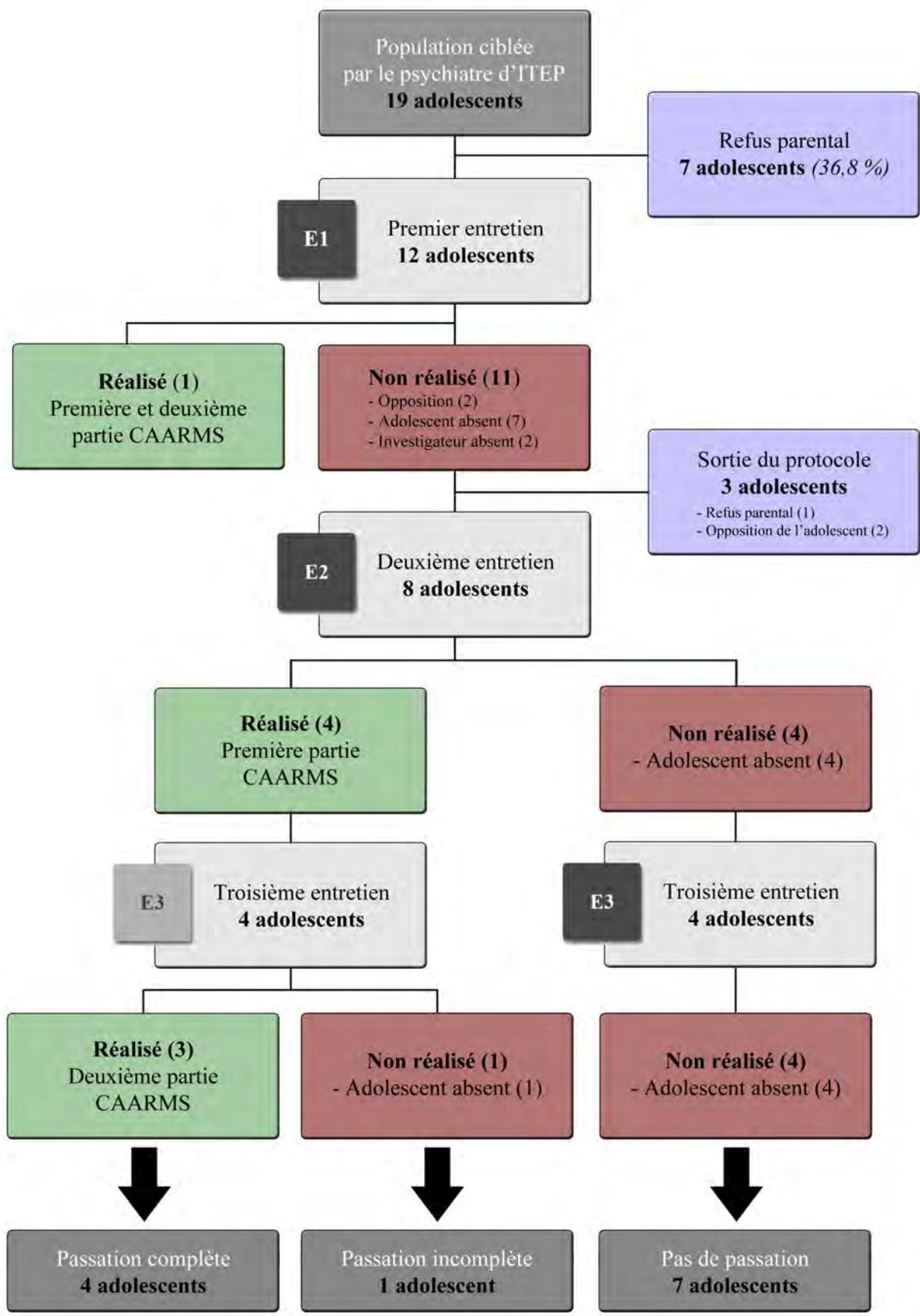
Sur les huit entretiens suivants (E2), seuls quatre adolescents se sont présentés et ont passé la première partie de la CAARMS : aucun d'entre eux n'avait été préalablement informés de cette rencontre. Sur ces quatre participants, seuls trois se sont présentés à l'ITEP pour l'entretien E3 et ont passé la CAARMS de façon complète.

Les quatre absents à l'entretien E2 ne se sont pas présentés à l'ITEP pour l'entretien E3.

Au final, 4 adolescents (33,3 %) ont passé la CAARMS en totalité. Un adolescent (8,3 %) a passé la CAARMS de façon incomplète et 7 ne se sont jamais présentés à l'investigateur (58,3 %).

Sur un total de 28 entretiens programmés, 8 (28,6 %) ont abouti à une rencontre avec un adolescent.

Figure 32. Flowchart du protocole de passation de la CAARMS en ITEP



2.2.2.2. Passation de la CAARMS

La CAARMS s'est révélée facilement utilisable auprès des 5 adolescents, l'ayant passée dans son intégralité (4) ou en partie (1). Nous n'avons été confronté à aucune manifestation d'angoisses ou d'agressivité.

Au contraire, ce support a permis des échanges particulièrement intéressants, les adolescents se saisissant de cet espace pour s'exprimer sur des sujets très personnels (la famille, leurs passions, leurs projets ou leurs inquiétudes).

La passation a donc été divisée en deux sessions. La durée moyenne du premier entretien est 39 minutes (36 – 48 minutes), celle du second entretien est de 26 minutes (21 – 29 minutes).

La durée moyenne de la passation totale, en nous basant sur les 4 adolescents l'ayant réalisée intégralement, est de 63 minutes (48 – 73 minutes).

Diviser la passation en deux entretiens nous semble justifié. Au-delà de 30 minutes d'entretien, nous notons quelques signes d'impatience et d'agacement. Une seule adolescente a demandé à passer la CAARMS en une seule fois.

Le fait de questionner les symptômes positifs en fin de premier entretien s'est révélé pertinent. Il était à chaque fois noté une légère crispation (« *Je ne suis pas fou !* ») lorsque nous explorions la présence d'idées délirantes ou les hallucinations. Le fait que ces questions soient posées en fin d'entretien, après une vingtaine minutes d'échange où l'adolescent avait pu prendre ses marques, a facilité cette exploration. Nous n'avons noté aucune opposition et chacun s'est exprimé à ce sujet.

Même si aucun adolescent rencontré ne présentait de symptômes positifs intenses et/ou fréquents, l'exploration fine des idées, des perceptions et de l'organisation de la pensée a semblé les interroger et a conduit à des réponses intéressantes et particulièrement précises.

2.2.2.3. Cotation de la CAARMS

Les résultats de la cotation de la CAARMS ne font pas partie des objectifs principaux de cette étude de faisabilité. Il est cependant intéressant de les retranscrire.

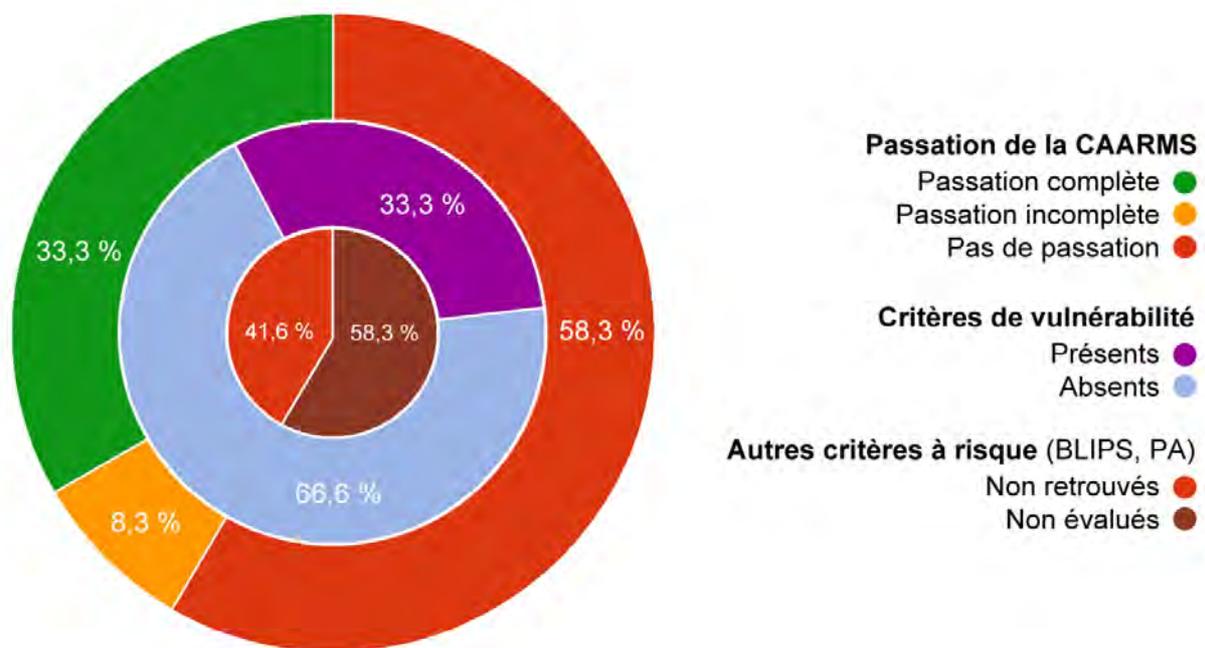
L'évaluation par le psychiatre ou le psychologue de l'ITEP du score de fonctionnement et des

antécédents personnels et/ou familiaux nous a permis d'explorer le critère de « vulnérabilité » chez l'ensemble des jeunes inclus dans notre étude. Sur les 12 adolescents ciblés, 4 présentent des traits de vulnérabilité (33,3 %). Ils associent une altération du fonctionnement à la SOFAS, avec une personnalité schizotypique (3 adolescents) et des antécédents familiaux de psychose (1 adolescent).

Parmi les 5 adolescents ayant passé intégralement (4) ou en partie (1) la CAARMS, aucun n'a rempli les critères d'une psychose atténuée, d'un BLIPS ou d'une psychose avérée, et un seul adolescent présente des traits de vulnérabilité.

Un seul des adolescents présentant des traits de vulnérabilité a été reçu en entretien.

Figure 33. Taux de passation et présence de critères à risques (sur 12 adolescents)



BLIPS : *Brief, Limited or Intermittent Psychotic Symptoms* – Symptômes psychotiques brefs, limités ou intermittents

PA : Psychose atténuée

2.2.3. Discussion

« Trop se pencher sur eux, c'est la meilleur position pour recevoir un coup de pied au derrière. »

Fernand Deligny, *Graine de crapules*

Cette étape de notre travail de thèse s'est révélée particulièrement laborieuse. Si les résultats présentés sont, en tant que tels, peu significatifs au plan scientifique, nous avons cependant choisi de les retranscrire. Ils nous semblent refléter à la fois le fort investissement qu'a représenté la mise en place de ce protocole, avec ses qualités et ses défauts, mais aussi et surtout certaines difficultés pouvant être rencontrées en ITEP.

2.2.3.1. Faisabilité de la passation

2.2.3.1.1. Points positifs

La passation de la CAARMS s'est réalisée sans difficultés auprès des quelques jeunes rencontrés. Nous n'avons pas repéré de réticences au cours de nos entretiens, et l'exploration fine permise par cet outil ouvre à des échanges riches, parfois inattendus.

La rencontre en deux temps nous paraît la plus simple. La passation complète de la CAARMS est longue (plus d'une heure), ce qui peut être difficile pour ces adolescents. De plus, poser d'emblée deux rencontres ancre le sujet dans une temporalité différente, et incite à la réflexion. Les trois adolescents ayant passé la CAARMS complète en deux temps (E1 + E2), sont à chaque fois revenus, au cours du deuxième entretien, sur ce qui s'était dit au premier.

Nous pensons avec le recul qu'il aurait été intéressant de revoir ces adolescent une troisième fois, afin d'effectuer un retour précis de la passation et d'accueillir leurs questions. Dans ce sens, deux des cinq adolescents rencontrés ont notamment demandé s'ils seraient revus.

Nous faisons l'hypothèse que la réalisation de ces entretiens au sein même de l'ITEP, dans un milieu familial, a été aidant. La présence de l'éducateur, du psychologue ou de l'infirmier avant et après la passation, dans les brefs temps d'accompagnement a pu contribuer à la mise en confiance.

De la même façon, nous supposons que l'utilisation de cet outil en ITEP est certainement moins angoissante pour l'adolescent que s'il avait eu à se rendre dans une structure extérieure non connue, ou peut-être plus connotée (service de pédopsychiatrie par exemple).

2.2.3.1.2. Difficultés rencontrées

Le faible taux de participation à notre étude (33,3 % des adolescents ont réalisé une passation complète de la CAARMS) nous questionne et peut s'analyser à la lumière de différents facteurs dépendant des adolescents, du protocole et de l'institution.

L'anxiété anticipatoire liée à la rencontre d'un médecin en formation, extérieur à la structure et réalisant un travail de thèse, est à prendre en considération, d'autant plus que seuls certains adolescents de l'ITEP ont été inclus, ce qui a pu générer un vécu de stigmatisation.

La lourdeur du protocole, impliquant deux rencontres sur des temps longs, sans bénéfices clairs repérés par le jeune, a également pu nuire à la faisabilité de cette étude.

Il n'est donc pas impossible qu'il existe un biais dans la population explorée, où seuls les adolescents les moins anxieux et présentant le moins de difficultés de concentration auraient été rencontrés.

En outre, il nous semble qu'un des principaux freins à la bonne réalisation de ce protocole a été les difficultés institutionnelles rencontrées. Nous nous sommes fortement appuyé sur le recrutement d'un seul ITEP (Le Home), qui prenait en charge 10 des 12 adolescents de notre enquête et dont le médecin a quitté ses fonctions au cours de l'élaboration de notre protocole, ce qui a très certainement biaisé la faisabilité de notre étude. Il est fort probable que les perturbations institutionnelles traversées par cette structure aient retenti sur l'organisation de nos entretiens, avec une moindre implication des équipes dans notre étude.

La présence d'un relais médical au sein de l'ITEP est indispensable dans la coordination d'un projet, tant auprès des jeunes, que des équipes éducatives. Bien que ce constat ait des accents de lapalissade, il nous ramène également au fait qu'une stratégie de repérage doit se porter et s'argumenter auprès des équipes, notamment éducatives, ce que nous n'avons peut-être pas suffisamment fait.

De même, le taux élevé de refus parental (38,9 %) nous renvoie à la nécessité d'informer et sensibiliser les familles, pour qu'elles soient ainsi parties prenantes dans le soin et en saisissent mieux la portée. L'alliance avec les familles est une des difficultés plusieurs fois pointées par les médecins d'ITEP dans notre enquête.

Nous pouvons interpréter ce résultat de différentes façons. Le manque d'information de notre part peut-être invoqué, nous avons en effet laissé aux psychiatres d'ITEP le soin d'informer les familles

sur les objectifs de notre travail de thèse. Il aurait peut-être été pertinent de transmettre une information écrite et détaillée de notre protocole. Il est cependant fort possible que les familles aient été réticentes à l'idée d'une rencontre avec un interne en psychiatrie, dans l'optique d'un travail de thèse.

Enfin, le recrutement des adolescents s'est fait par le psychiatre de la structure, et non par une démarche venant des jeunes eux-même. L'essentiel des travaux de la littérature se base sur un recrutement « *d'help-seekers* », c'est à dire de patients en demande d'aide, mis en difficultés par différents types de symptômes : difficultés cognitives, anxiété, agitation, dépression...

Nous avons été confronté à deux refus d'adolescents, dont l'un ayant engendré un état d'agitation intense. Ces situations auraient probablement été évitées si nous avions suffisamment informé l'ensemble des adolescents, et sollicité leur accord.

Nous ne savons cependant pas si beaucoup de jeunes auraient été inclus dans notre protocole si nous nous étions basé sur leur demande pour les y inscrire.

2.2.3.2. Quelles seraient les alternatives ?

L'utilisation d'un instrument standardisé tel que la CAARMS, semble possible en ITEP. Il nécessite cependant du temps, que les médecins d'ITEP ne semblent pas avoir, et une information précises des adolescents, des équipes et des familles. Quelles seraient les alternatives possibles ?

Plusieurs collègues mentionnent le travail partenarial au sein de l'équipe pluridisciplinaire. La passation de la CAARMS est tout à fait réalisable par un psychologue clinicien ou un neuropsychologue. La plupart des études, et notamment la validation de la version française de la CAARMS (Krebs et coll., 2014), sont basées sur la cotation de cet outil par des psychiatres et des psychologues.

Il existe également des instruments de dépistage validés par auto-questionnaire. Kline et coll. (2015) estiment que ces dispositifs, en plus de leur souplesse de maniement, pourraient se révéler aidants dans le repérage des jeunes susceptibles de relever de soins plus spécialisés. Nous citerons brièvement :

- Le ***Prime Screen-Revised*** (PS-R, Kobayashi et coll., 2008), évaluant en 12 items les symptômes atténués, avec gradation des réponses. Le temps de passation est estimé à 1 minute 40.

- Le *Prodromal Questionnaire-Brief* (PQ-B, Loewy et coll., 2011), composé de 21 items, avec gradation des réponses selon un score de détresse (de 1 à 5). Le temps de passation est estimé à 2 minutes 30.
- Le *Youth Psychosis at Risk Questionnaire-Brief* (YPARQ-B, Ord et coll., 2004), qui est dérivé de la CAARMS. Il est divisé en 28 items, avec une cotation binaire (Oui/Non). Le temps de passation moyen est de 3 minutes 55.

Aucun de ces auto-questionnaires n'est traduit et validé en langue française.

La compréhension des questions et leurs cotations (surtout quand elles sont gradées de façon trop complexe) peuvent se révéler délicates pour certains adolescents. Nous nous demandons également si l'évaluation d'une telle symptomatologie peut se passer du regard d'un clinicien expérimenté, au cours d'un entretien.

2.3. Forces et faiblesses

2.3.1. De l'enquête nationale

2.3.1.1. Forces de l'enquête nationale

Il nous semble que cette enquête offre un panorama inédit de la démographie médicale et des pratiques en ITEP au niveau national, et qu'elle aborde une thématique novatrice – le repérage précoce des sujets à risque – dans le secteur médico-social.

Celle-ci met en avant l'intérêt des médecins interrogés pour le dépistage des pathologies psychiatriques en général (78,3 %), et des sujets à haut risque de transition psychotique en particulier (82,6 %), que ce repérage soit systématique (11,6 % des praticiens sondés) ou réalisé devant une suspicion clinique (71 %). Ces résultats pourraient ouvrir à de multiples perspectives de santé publique.

Il est ainsi possible d'envisager un travail de sensibilisation des médecins et des équipes travaillant en ITEP. À un échelon modeste, notre travail de thèse est en ce sens diffusé par mail aux praticiens ayant participé à cette enquête.

Peuvent aussi se réfléchir des ateliers d'information et de déstigmatisation du soin psychiatrique auprès des enfants et adolescents d'ITEP, voire, de façon plus ambitieuse, des campagnes de repérage des sujets à haut risque, ou encore le développement de structures dédiées à la prise en charge et l'accompagnement des jeunes présentant un terrain à risque, en partenariat avec le secteur sanitaire.

L'intérêt des médecins pour le dépistage des états mentaux à risque ouvre également à la réalisation d'études de plus grande envergure dans le médico-social, pour notamment mieux appréhender la vulnérabilité des adolescents d'ITEP à la schizophrénie, connaître leur trajectoire et ainsi envisager des actions de santé publique plus efficaces.

2.3.1.2. Faiblesses de l'enquête nationale

Parmi les points faibles de fond, il nous a été reproché de ne pas tenir compte de la dimension pluridisciplinaire du travail en ITEP. Il aurait été pertinent d'interroger nos confrères sur la place des éducateurs, infirmiers et psychologues dans un tel dispositif de repérage précoce.

De même, nous n'avons pas abordé la relation aux parents, qui est une dimension fondamentale dans une prise en charge pédopsychiatrique, d'autant plus dans le modèle de soins que nous évoquons, où l'information et l'implication des proches est primordiale.

Le taux de réponse à inférieur à 50 %, malgré plusieurs rappels, peut témoigner d'un manque d'intérêt ainsi que de la complexité à aborder cette thématique pourtant essentielle auprès des praticiens aux champs théoriques divers.

2.3.1. De l'étude exploratoire

2.3.2.1. Forces de l'étude exploratoire

À notre connaissance, notre travail est le premier en France à s'interroger sur l'utilisation d'un questionnaire standardisé pour le repérage des sujets à haut risque en ITEP.

Il a permis de mettre en évidence une bonne faisabilité de la passation en deux temps de la *Comprehensive Assessment of At Risk Mental State (CAARMS)*, à la condition d'une bonne collaboration avec l'entourage des adolescents (famille et soignants).

Ces résultats soutiennent la faisabilité d'une étude de plus grande envergure prospective de suivi des patients.

2.3.2.2. Faiblesses de l'étude exploratoire

Les limites de notre étude sont nombreuses, et la très faible taille de notre échantillon réduit drastiquement le champ de nos conclusions.

2.3.2.2.1. Biais de sélection

Il existe plusieurs biais de sélection dans la population d'adolescents inclus.

Même si nous avons défini les critères d'exclusion (mauvaise compréhension de la langue française, antécédents d'épisode psychotique aigu, de retard mental, de trouble neurologique ou somatique), nous ne connaissons pas les critères de sélection choisis par les psychiatres des deux ITEP ayant effectué l'inclusion.

De plus, nous avons été confronté à plusieurs perdus de vue, après la constitution du groupe. Sur les 19 adolescents initialement sélectionnés, nous n'avons pas obtenu l'accord parental pour 7 d'entre eux, 3 ont quitté le protocole en cours et 4 ne se sont jamais présentés aux entretiens : nous n'avons donc rencontré que 5 des 19 adolescents initialement sélectionnés (26 %)

Il est très probable que ces biais aient nui à la représentativité de notre échantillon, et limitent la validité externe de notre étude exploratoire.

2.3.2.2.2. Taille de l'échantillon

Le très faible échantillon de notre étude ($n = 5$) restreint l'utilisation et la généralisation des résultats.

Ceci s'explique en partie par l'absence de temps d'information auprès des équipes, notamment éducatives, mais aussi des familles et des adolescents. Comme nous l'avons constaté, une grande majorité des jeunes n'étaient pas informés des rendez-vous programmés avec l'investigateur, et la plupart des éducateurs ne comprenaient pas l'objectif de ces rencontres.

Les éducateurs spécialisés sont en première ligne dans la prise en charge. Leur implication aurait certainement porté ce projet, grâce à un travail d'accompagnement et de réassurance mené auprès des jeunes en amont de la passation.

De la même façon, une explication claire des objectifs de notre travail auprès des parents, et surtout des adolescents, n'a pas été effectuée et aurait pu soutenir notre travail.

Une meilleure information aurait ainsi pu limiter le refus parental, l'absentéisme et le refus de passation des adolescents.

Il est ainsi important d'inclure l'ensemble de l'entourage mobilisé auprès des adolescents, qu'il soit familial ou soignant, pour pouvoir mener à bien ce type de démarche.

CONCLUSION

3

Notre enquête nationale, menée auprès de médecins d'ITEP, nous permet de conclure que :

- Les médecins interrogés sont globalement très favorables au repérage précoce des troubles psychotiques en ITEP (82,6 %), mais seulement 11,6 % d'entre eux pensent qu'il devrait être systématique. Le dépistage relève à ce jour, pour la majorité des praticiens, du cas par cas.
- Le modèle anglo-saxon « d'état mental à haut risque » est encore peu connu (15,9 % des médecins), tout comme les outils de repérage précoce s'y rattachant (13 %). Ce concept semble pour l'instant limité au domaine de la recherche.
- Bien que ce modèle soit peu connu, l'idée d'un repérage précoce par l'utilisation d'échelles standardisées fait vivement réagir les personnes interrogées, et réveille quelques résistances idéologiques. Plusieurs médecins expriment leur malaise face à un modèle qui pourrait dénaturer la pratique clinique, faire l'impasse sur le sujet et conduire à une stigmatisation excessive.
- Au-delà des divergences théoriques, le principal frein à la mise en place d'un protocole de repérage précoce semble être le manque de disponibilité des médecins d'ITEP. Il est vrai que près de la moitié d'entre eux (45,6 %) travaille un jour ou moins par semaine dans ces institutions et que 52,2 % des enfants et adolescents sont vus moins d'une fois par mois par le médecin en entretien individuel. Cependant, un instrument de repérage pourrait également être utilisé par un psychologue ou un infirmier au sein de l'ITEP.
- Les connexions avec le secteur sanitaire sont particulièrement fortes, que ce soit pour le suivi pédopsychiatrique des jeunes, les hospitalisations et l'organisation d'un relais en post-ITEP. Un certain nombre de médecins cite ce partenariat comme un prérequis à la mise en place d'une stratégie de repérage précoce.

Bien que menée sur un faible échantillon, notre étude exploratoire en ITEP montre la faisabilité de la passation en deux temps du questionnaire standardisé CAARMS au sein de l'ITEP, moyennant une information claire aux adolescents, aux parents, mais aussi des équipes pluridisciplinaires.

À la lumière de ces conclusions, plusieurs pistes de réflexion s'ouvrent à nous.

En premier lieu, il nous semble intéressant qu'en amont de la mise en place de tels protocoles en ITEP, un travail d'information à propos du modèle de « sujets à haut risque » soit effectué auprès des médecins, des psychologues et des éducateurs travaillant dans ces structures. La prise en compte des travaux récents de la littérature, même si elle ne conduit pas à ce jour à l'instauration d'un dispositif de dépistage et à l'utilisation d'un dispositif standardisé, nous paraît essentielle dans l'appréhension des pathologies psychotiques chez l'adolescent et peut enrichir une pratique clinique, au-delà des clivages théoriques que nous avons pu noter dans notre enquête.

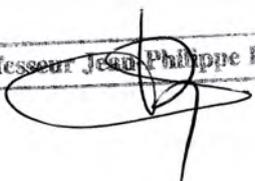
À un niveau plus pragmatique, l'usage d'un outil de repérage précoce pourrait permettre de mieux cibler les adolescents à risque nécessitant une attention renforcée et un suivi de relais, et ainsi limiter les « perdus de vue » en sortie d'ITEP.

Si les prises en charge spécialisées décrites dans la littérature (*case management*, *staging* clinique, prise en charge cognitivo-comportementales spécifiques...) ne sont peut-être pas applicables en tant que telles aujourd'hui, l'enjeu du suivi et de l'information de l'adolescent et sa famille nous apparaît fondamental, avec des bénéfices certains sur l'évolution clinique et le fonctionnement social.

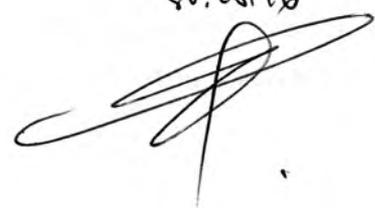
En ce sens, l'utilisation de la CAARMS dans des études prospectives, longitudinales, de plus grande échelle, pourrait améliorer nos connaissances sur la vulnérabilité à la schizophrénie de la population d'enfants et d'adolescents en ITEP et mieux appréhender la trajectoire de ces jeunes, au niveau clinique et de leur prise en charge.

Tout ceci ne saurait s'envisager sans une meilleure coordination des milieux éducatifs, médico-sociaux et sanitaires, et à un autre niveau, de passerelles plus stables entre la pédopsychiatrie et la psychiatrie d'adultes.

Vu le président de thèse
le 25/08/2016.

Professeur Jean-Philippe RAYNAU


Vu permis d'imprimer
Le Doyen de la Faculté
De Médecine Ranguéil

E. SERRANO
20.08.16


BIBLIOGRAPHIE

4

Cette bibliographie comprend **155 références**.

- Addington, J., Cornblatt, B.A., Cadenhead, K.S., Cannon, T.D., McGlashan, T.H., Perkins, D.O., Seidman, L.J., Tsuang, M.T., Walker, E.F., Woods, S.W., Heinssen, R., 2011. At clinical high risk for psychosis: outcome for nonconverters. *Am. J. Psychiatry* 168, 800–805.
- Alaghband-Rad, J., McKenna, K., Gordon, C.T., Albus, K.E., Hamburger, S.D., Rumsey, J.M., Frazier, J.A., Lenane, M.C., Rapoport, J.L., 1995. Childhood-onset schizophrenia: the severity of premorbid course. *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry* 34, 1273–1283.
- Altamura, A.C., Bassetti, R., Sassella, F., Salvadori, D., Mundo, E., 2001. Duration of untreated psychosis as a predictor of outcome in first-episode schizophrenia: a retrospective study. *Schizophr. Res.* 52, 29–36.
- Amminger, G.P., Edwards, J., Brewer, W.J., Harrigan, S., McGorry, P.D., 2002. Duration of untreated psychosis and cognitive deterioration in first-episode schizophrenia. *Schizophr. Res.* 54, 223–230.
- Anderson, K.K., Voineskos, A., Mulsant, B.H., George, T.P., Mckenzie, K.J., 2014. The role of untreated psychosis in neurodegeneration: a review of hypothesized mechanisms of neurotoxicity in first-episode psychosis. *Can. J. Psychiatry Rev. Can. Psychiatr.* 59, 513–517.
- Andreasen, N.C., 1982. Negative symptoms in schizophrenia. Definition and reliability. *Arch. Gen. Psychiatry* 39, 784–788.
- APEAJ, 2013. Projet d'établissement ITEP Le Home.
- Arseneault, L., Cannon, M., Poulton, R., Murray, R., Caspi, A., Moffitt, T.E., 2002. Cannabis use in adolescence and risk for adult psychosis: longitudinal prospective study. *BMJ* 325, 1212–1213.
- Association du Congrès de psychiatrie et de neurologie de langue française, Krebs, M.-O., 2015. Signes précoces de schizophrénie: des prodromes à la notion de prévention. Dunod, Paris.
- Bassett, A.S., Scherer, S.W., Brzustowicz, L.M., 2010. Copy number variations in schizophrenia: critical review and new perspectives on concepts of genetics and disease. *Am. J. Psychiatry* 167, 899–914.
- Baxter, D., Appleby, L., 1999. Case register study of suicide risk in mental disorders. *Br. J. Psychiatry J. Ment. Sci.* 175, 322–326.
- Bechdolf, A., Ruhrmann, S., Wagner, M., Kühn, K.U., Janssen, B., Bottlender, R., Wieneke, A., Schulze-Lutter, F., Maier, W., Klosterkötter, J., 2005. Interventions in the initial prodromal states of psychosis in Germany: concept and recruitment. *Br. J. Psychiatry. Suppl.* 48, s45–48.
- Béramis, M., 2016. Modélisation de l'algorithme diagnostique de la CAARMS.
- Bleuler, E., Viillard, A., Ey, H., 1911. *Dementia præcox oder Gruppe der Schizophrenien*. E.P.E.L. ; G.R.E.C., Paris; Clichy, France.

- Brémaud, N., 2013. Prépsychose : revue de la littérature et approche critique. *Inf. Psychiatr.* 84, 383–393.
- Brown, A.S., Derkits, E.J., 2010. Prenatal infection and schizophrenia: a review of epidemiologic and translational studies. *Am. J. Psychiatry* 167, 261–280.
- Canguilhem, G., 1989. Les maladies, in: *Écrits sur la médecine*. Seuil, Paris, pp. 33–48.
- Cannon, M., Jones, P.B., Murray, R.M., 2002. Obstetric complications and schizophrenia: historical and meta-analytic review. *Am. J. Psychiatry* 159, 1080–1092.
- Cantor-Graae, E., Selten, J.-P., 2005. Schizophrenia and migration: a meta-analysis and review. *Am. J. Psychiatry* 162, 12–24.
- Capul, M., 2015. Depuis la guerre 1939-1945, des lieux pour enfants perdus., in: *ITEP, repères et défis*. Erès, Toulouse, pp. 23–32.
- Carpenter, W.T., Heinrichs, D.W., Wagman, A.M., 1988. Deficit and nondeficit forms of schizophrenia: the concept. *Am. J. Psychiatry* 145, 578–583.
- Caspi, A., Moffitt, T.E., Cannon, M., McClay, J., Murray, R., Harrington, H., Taylor, A., Arseneault, L., Williams, B., Braithwaite, A., Poulton, R., Craig, I.W., 2005. Moderation of the effect of adolescent-onset cannabis use on adult psychosis by a functional polymorphism in the catechol-O-methyltransferase gene: longitudinal evidence of a gene X environment interaction. *Biol. Psychiatry* 57, 1117–1127.
- Chapman, J., 1966. The early symptoms of schizophrenia. *Br. J. Psychiatry J. Ment. Sci.* 112, 225–251.
- Chaumette, B., Kebir, O., Mam Lam Fook, C., Bourgin, J., Godsil, B.P., Gaillard, R., Jay, T.M., Krebs, M.-O., 2016. Stress et transition psychotique : revue de la littérature. *L'Encéphale*.
- Circulaire interministérielle DGAS/DGS/SD3C/SD6C no 2007-194 du 14 mai 2007 relative aux instituts thérapeutiques, éducatifs et pédagogiques et à la prise en charges des enfants accueillis
- Clérambault, G.G. de, 1942. *Oeuvres psychiatriques*. Presses universitaires de France, Paris.
- Corcoran, C., Malaspina, D., Hercher, L., 2005. Prodromal interventions for schizophrenia vulnerability: the risks of being “at risk.” *Schizophr. Res.* 73, 173–184.
- Cornblatt, B.A., Lencz, T., Smith, C.W., Olsen, R., Auther, A.M., Nakayama, E., Lesser, M.L., Tai, J.Y., Shah, M.R., Foley, C.A., Kane, J.M., Correll, C.U., 2007. Can antidepressants be used to treat the schizophrenia prodrome? Results of a prospective, naturalistic treatment study of adolescents. *J. Clin. Psychiatry* 68, 546–557.
- Crow, T.J., 1980. Molecular pathology of schizophrenia: more than one disease process? *Br. Med. J.* 280, 66–68.

- Crow, T.J., MacMillan, J.F., Johnson, A.L., Johnstone, E.C., 1986. A randomised controlled trial of prophylactic neuroleptic treatment. *Br. J. Psychiatry J. Ment. Sci.* 148, 120–127.
- David, A.S., Malmberg, A., Brandt, L., Allebeck, P., Lewis, G., 1997. IQ and risk for schizophrenia: a population-based cohort study. *Psychol. Med.* 27, 1311–1323.
- David, C.N., Greenstein, D., Clasen, L., Gochman, P., Miller, R., Tossell, J.W., Mattai, A.A., Gogtay, N., Rapoport, J.L., 2011. Childhood onset schizophrenia: high rate of visual hallucinations. *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry* 50, 681–686.e3.
- Décret n°2005-11 du 6 janvier 2005 fixant les conditions techniques d'organisation et de fonctionnement des instituts thérapeutiques, éducatifs et pédagogiques, 2005. , 2005-11.
- Deighton, S., Buchy, L., Cadenhead, K.S., Cannon, T.D., Cornblatt, B.A., McGlashan, T.H., Perkins, D.O., Seidman, L.J., Tsuang, M.T., Walker, E.F., Woods, S.W., Bearden, C.E., Mathalon, D., Addington, J., 2016. Traumatic brain injury in individuals at clinical high risk for psychosis. *Schizophr. Res.* 174, 77–81.
- Dervaux, A., Bayle, F.J., Krebs, M.-O., 2002. Substance misuse among people with schizophrenia: similarities and differences between the UK and France. *Br. J. Psychiatry J. Ment. Sci.* 180, 381.
- Diagnostic and statistical manual of mental disorders : DSM-5. (Livre, 2013)
- Diatkine, R., 1969. L'enfant prépsychotique. *Psychiatr. Enfant* XII.
- Duhig, M., Patterson, S., Connell, M., Foley, S., Capra, C., Dark, F., Gordon, A., Singh, S., Hides, L., McGrath, J.J., Scott, J., 2015. The prevalence and correlates of childhood trauma in patients with early psychosis. *Aust. N. Z. J. Psychiatry* 49, 651–659.
- Early Psychosis Prevention and Intervention Centre, 2012. Le Case-Management dans la psychose débutante : un manuel. Orygen Youth Health.
- Ey, H., Bernard, P., Brisset, C., Garrabé, J., Guelfi, J.-D., 1960. Manuel de psychiatrie. Masson, Issy-les-Moulineaux.
- Fahet, G., Cayla, F., Ballester, H., 2013. Profil et prise en charge des enfants et adolescents accueillis dans les ITEP et SESSAD d'ITEP en Midi-Pyrénées. Agence Régionale de Santé de Midi-Pyrénées, Toulouse.
- Fatemi, S.H., Folsom, T.D., 2009. The neurodevelopmental hypothesis of schizophrenia, revisited. *Schizophr. Bull.* 35, 528–548.
- Fusar-Poli, P., Bechdolf, A., Taylor, M.J., Bonoldi, I., Carpenter, W.T., Yung, A.R., McGuire, P., 2013a. At risk for schizophrenic or affective psychoses? A meta-analysis of DSM/ICD diagnostic outcomes in individuals at high clinical risk. *Schizophr. Bull.* 39, 923–932.
- Fusar-Poli, P., Bonoldi, I., Yung, A.R., Borgwardt, S., Kempton, M.J., Valmaggia, L., Barale, F., Caverzasi, E., McGuire, P., 2012. Predicting psychosis: meta-analysis of transition outcomes in individuals at high clinical risk. *Arch. Gen. Psychiatry* 69, 220–229.

- Fusar-Poli, P., Borgwardt, S., Bechdolf, A., Addington, J., Riecher-Rössler, A., Schultze-Lutter, F., Keshavan, M., Wood, S., Ruhrmann, S., Seidman, L.J., Valmaggia, L., Cannon, T., Velthorst, E., De Haan, L., Cornblatt, B., Bonoldi, I., Birchwood, M., McGlashan, T., Carpenter, W., McGorry, P., Klosterkötter, J., McGuire, P., Yung, A., 2013b. The psychosis high-risk state: a comprehensive state-of-the-art review. *JAMA Psychiatry* 70, 107–120.
- Fusar-Poli, P., Frascarelli, M., Valmaggia, L., Byrne, M., Stahl, D., Rocchetti, M., Codjoe, L., Weinberg, L., Tognin, S., Xenaki, L., McGuire, P., 2015. Antidepressant, antipsychotic and psychological interventions in subjects at high clinical risk for psychosis: OASIS 6-year naturalistic study. *Psychol. Med.* 45, 1327–1339.
- Gourion, D., Gourevitch, R., Le Provost, J.-B., Olié, J.-P., Lôo, H., Krebs, M.-O., 2004. L'hypothèse neurodéveloppementale dans la schizophrénie. *L'Encéphale* 30, 109–118.
- Granger, B., Naudin, J., 2006. La schizophrénie. Le Cavalier bleu, Paris.
- Green, A., 1990. Point de vue du psychanalyste sur les psychoses à l'adolescence, in: *Psychoses et Adolescence*. Paris, pp. 231–244.
- Green, M.F., Penn, D.L., Bentall, R., Carpenter, W.T., Gaebel, W., Gur, R.C., Kring, A.M., Park, S., Silverstein, S.M., Heinssen, R., 2008. Social cognition in schizophrenia: an NIMH workshop on definitions, assessment, and research opportunities. *Schizophr. Bull.* 34, 1211–1220.
- Gross, G., 1989. The “basic” symptoms of schizophrenia. *Br. J. Psychiatry. Suppl.* 21-25-40.
- Gross, G., Huber, G., 1985. Psychopathology of basic stages of schizophrenia in view of formal thought disturbances. *Psychopathology* 18, 115–125.
- Gustavsson, A., Svensson, M., Jacobi, F., Allgulander, C., Alonso, J., Beghi, E., Dodel, R., Ekman, M., Faravelli, C., Fratiglioni, L., Gannon, B., Jones, D.H., Jennum, P., Jordanova, A., Jönsson, L., Karampampa, K., Knapp, M., Kobelt, G., Kurth, T., Lieb, R., Linde, M., Ljungcrantz, C., Maercker, A., Melin, B., Moscarelli, M., Musayev, A., Norwood, F., Preisig, M., Pugliatti, M., Rehm, J., Salvador-Carulla, L., Schlehofer, B., Simon, R., Steinhausen, H.-C., Stovner, L.J., Vallat, J.-M., Van den Bergh, P., den Bergh, P.V., van Os, J., Vos, P., Xu, W., Wittchen, H.-U., Jönsson, B., Olesen, J., CDBE2010Study Group, 2011. Cost of disorders of the brain in Europe 2010. *Eur. Neuropsychopharmacol. J. Eur. Coll. Neuropsychopharmacol.* 21, 718–779.
- Häfner, H., Maurer, K., Ruhrmann, S., Bechdolf, A., Klosterkötter, J., Wagner, M., Maier, W., Bottlender, R., Möller, H.-J., Gaebel, W., Wölwer, W., 2004. Early detection and secondary prevention of psychosis: facts and visions. *Eur. Arch. Psychiatry Clin. Neurosci.* 254, 117–128.
- Häfner, H., Riecher-Rössler, A., Hambrecht, M., Maurer, K., Meissner, S., Schmidtke, A., Fätkenheuer, B., Löffler, W., van der Heiden, W., 1992. IRAOS: an instrument for the assessment of onset and early course of schizophrenia. *Schizophr. Res.* 6, 209–223.
- Henquet, C., Di Forti, M., Morrison, P., Kuepper, R., Murray, R.M., 2008. Gene-environment interplay between cannabis and psychosis. *Schizophr. Bull.* 34, 1111–1121.

- Higgins, J., 1976. Effects of child rearing by schizophrenic mothers: a follow-up. *J. Psychiatr. Res.* 13, 1–9.
- Huber, G., Gross, G., 1989. The concept of basic symptoms in schizophrenic and schizoaffective psychoses. *Recenti Prog. Med.* 80, 646–652.
- Hui, C., Morcillo, C., Russo, D.A., Stochl, J., Shelley, G.F., Painter, M., Jones, P.B., Perez, J., 2013. Psychiatric morbidity, functioning and quality of life in young people at clinical high risk for psychosis. *Schizophr. Res.* 148, 175–180.
- Ising, H.K., Kraan, T.C., Rietdijk, J., Dragt, S., Klaassen, R.M.C., Boonstra, N., Nieman, D.H., Willebrands-Mendrik, M., van den Berg, D.P.G., Linszen, D.H., Wunderink, L., Veling, W., Smit, F., van der Gaag, M., 2016. Four-Year Follow-up of Cognitive Behavioral Therapy in Persons at Ultra-High Risk for Developing Psychosis: The Dutch Early Detection Intervention Evaluation (EDIE-NL) Trial. *Schizophr. Bull.*
- Jablensky, A., Sartorius, N., 1988. Is schizophrenia universal? *Acta Psychiatr. Scand. Suppl.* 344, 65–70.
- Jablensky, A., Sartorius, N., Ernberg, G., Anker, M., Korten, A., Cooper, J.E., Day, R., Bertelsen, A., 1992. Schizophrenia: manifestations, incidence and course in different cultures. A World Health Organization ten-country study. *Psychol. Med. Monogr. Suppl.* 20, 1–97.
- Joa, I., Gisselgård, J., Brønnick, K., McGlashan, T., Johannessen, J.O., 2015. Primary prevention of psychosis through interventions in the symptomatic prodromal phase, a pragmatic Norwegian Ultra High Risk study. *BMC Psychiatry* 15, 89.
- John, R.S., Mednick, S.A., Schulsinger, F., 1982. Teacher reports as a predictor of a schizophrenia and borderline schizophrenia: a Bayesian decision analysis. *J. Abnorm. Psychol.* 91, 399–413.
- Johnstone, E.C., Crow, T.J., Johnson, A.L., MacMillan, J.F., 1986. The Northwick Park Study of first episodes of schizophrenia. I. Presentation of the illness and problems relating to admission. *Br. J. Psychiatry J. Ment. Sci.* 148, 115–120.
- Jones, P., Rodgers, B., Murray, R., Marmot, M., 1994. Child development risk factors for adult schizophrenia in the British 1946 birth cohort. *Lancet Lond. Engl.* 344, 1398–1402.
- Katan, M., 1958. Aspects structuraux d'un cas de schizophrénie. *La Psychanalyse* 4, 179–225.
- Kecskeméti, S., 2015. Schizophrénies débutantes, in: *Manuel de psychiatrie clinique et psychopathologique de l'adulte*. Presses universitaires de France, Paris, pp. 461–476.
- Kerns, J.G., Berenbaum, H., 2002. Cognitive impairments associated with formal thought disorder in people with schizophrenia. *J. Abnorm. Psychol.* 111, 211–224.
- Kirkpatrick, B., Fenton, W.S., Carpenter, W.T., Marder, S.R., 2006. The NIMH-MATRICES consensus statement on negative symptoms. *Schizophr. Bull.* 32, 214–219.

- Kline, E., Thompson, E., Bussell, K., Pitts, S.C., Reeves, G., Schiffman, J., 2014. Psychosis-like experiences and distress among adolescents using mental health services. *Schizophr. Res.* 152, 498–502.
- Kline, E., Thompson, E., Demro, C., Bussell, K., Reeves, G., Schiffman, J., 2015. Longitudinal validation of psychosis risk screening tools. *Schizophr. Res.* 165, 116–122.
- Klosterkötter, J., Hellmich, M., Steinmeyer, E.M., Schultze-Lutter, F., 2001. Diagnosing schizophrenia in the initial prodromal phase. *Arch. Gen. Psychiatry* 58, 158–164.
- Kobayashi, H., Nemoto, T., Koshikawa, H., Osono, Y., Yamazawa, R., Murakami, M., Kashima, H., Mizuno, M., 2008. A self-reported instrument for prodromal symptoms of psychosis: testing the clinical validity of the PRIME Screen-Revised (PS-R) in a Japanese population. *Schizophr. Res.* 106, 356–362.
- Kolvin, I., 1971. Studies in the childhood psychoses. I. Diagnostic criteria and classification. *Br. J. Psychiatry J. Ment. Sci.* 118, 381–384.
- Koreen, A.R., Siris, S.G., Chakos, M., Alvir, J., Mayerhoff, D., Lieberman, J., 1993. Depression in first-episode schizophrenia. *Am. J. Psychiatry* 150, 1643–1648.
- Kraepelin, E., 1907. *Introduction à la psychiatrie clinique*. Vigot Frères, Editeur, [Paris].
- Krebs, M.-O., 2011. Les symptômes non spécifiques de la transition psychotique. *L'Encéphale* 37, H10-14.
- Krebs, M.-O., Canceil, O., 2004. Détection précoce des troubles psychotiques : enjeux de la mise en place d'un réseau de soins. *Rev. Fr. Aff. Soc.* 1, 91–102.
- Krebs, M.-O., Magaud, E., Willard, D., Elkhazen, C., Chauchot, F., Gut, A., Morvan, Y., Bourdel, M.-C., Kazes, M., 2014. Évaluation des états mentaux à risque de transition psychotique : validation de la version française de la CAARMS. *L'Encéphale* 40, 447–456.
- Krebs, M.O., Morvan, Y., Jay, T., Gaillard, R., Kebir, O., 2014. Psychotomimetic effects at initiation of cannabis use are associated with cannabinoid receptor 1 (CNR1) variants in healthy students. *Mol. Psychiatry* 19, 402–403.
- Kumra, S., Oberstar, J.V., Sikich, L., Findling, R.L., McClellan, J.M., Vinogradov, S., Charles Schulz, S., 2008. Efficacy and tolerability of second-generation antipsychotics in children and adolescents with schizophrenia. *Schizophr. Bull.* 34, 60–71.
- Lacan, J., Miller, J.-A., 1981. *Le séminaire, Livre III : Les psychoses 1955-56*. Seuil, Paris.
- Large, M., Sharma, S., Compton, M.T., Slade, T., Nielssen, O., 2011. Cannabis use and earlier onset of psychosis: a systematic meta-analysis. *Arch. Gen. Psychiatry* 68, 555–561.
- Larsen, T.K., McGlashan, T.H., Moe, L.C., 1996. First-episode schizophrenia: I. Early course parameters. *Schizophr. Bull.* 22, 241–256.

- Lee, F.S., Heimer, H., Giedd, J.N., Lein, E.S., Šestan, N., Weinberger, D.R., Casey, B.J., 2014. Mental health. Adolescent mental health--opportunity and obligation. *Science* 346, 547–549.
- Lestienne, S., Lostra, F., 2009. Neuroplasticité et inconscient, sujets d’articulation entre psychanalyse et neurosciences. *Cah. Crit. Thérapie Fam. Prat. Réseaux* 43, 35–45.
- Lewine, R.R., Watt, N.F., Prentky, R.A., Fryer, J.H., 1978. Childhood behaviour in schizophrenia, personality disorder, depression, and neurosis. *Br. J. Psychiatry J. Ment. Sci.* 133, 347–357.
- Liddle, P.F., 2000. Cognitive impairment in schizophrenia: its impact on social functioning. *Acta Psychiatr. Scand. Suppl.* 400, 11–16.
- Loewy, R.L., Pearson, R., Vinogradov, S., Bearden, C.E., Cannon, T.D., 2011. Psychosis risk screening with the Prodromal Questionnaire--brief version (PQ-B). *Schizophr. Res.* 129, 42–46.
- Marion-Veyron, R., Mebdouhi, N., Baumann, P.S., Thonney, J., Crespi, S., Conus, P., 2013. Les premiers épisodes psychotiques : de l’importance du case management. *L’Évolution Psychiatr.* 78, 41–51.
- Marshall, M., Rathbone, J., 2011. Early intervention for psychosis. *Schizophr. Bull.* 37, 1111–1114.
- McGlashan, T.H., Zipursky, R.B., Perkins, D., Addington, J., Miller, T., Woods, S.W., Hawkins, K.A., Hoffman, R.E., Preda, A., Epstein, I., Addington, D., Lindborg, S., Trzaskoma, Q., Tohen, M., Breier, A., 2006. Randomized, double-blind trial of olanzapine versus placebo in patients prodromally symptomatic for psychosis. *Am. J. Psychiatry* 163, 790–799.
- McGorry, P.D., Edwards, J., Mihalopoulos, C., Harrigan, S.M., Jackson, H.J., 1996. EPPIC: an evolving system of early detection and optimal management. *Schizophr. Bull.* 22, 305–326.
- McGorry, P.D., McFarlane, C., Patton, G.C., Bell, R., Hibbert, M.E., Jackson, H.J., Bowes, G., 1995. The prevalence of prodromal features of schizophrenia in adolescence: a preliminary survey. *Acta Psychiatr. Scand.* 92, 241–249.
- McGorry, P.D., Yung, A.R., Phillips, L.J., 2003. The “close-in” or ultra high-risk model: a safe and effective strategy for research and clinical intervention in prepsychotic mental disorder. *Schizophr. Bull.* 29, 771–790.
- McGrath, J., El-Saadi, O., Grim, V., Cardy, S., Chapple, B., Chant, D., Lieberman, D., Mowry, B., 2002. Minor physical anomalies and quantitative measures of the head and face in patients with psychosis. *Arch. Gen. Psychiatry* 59, 458–464.
- McGrath, J., Saha, S., Chant, D., Welham, J., 2008. Schizophrenia: a concise overview of incidence, prevalence, and mortality. *Epidemiol. Rev.* 30, 67–76
- McGuffin, P., Owen, M.J., Farmer, A.E., 1995. Genetic basis of schizophrenia. *Lancet Lond. Engl.* 346, 678–682.
- Meehl, P.E., 1962. Schizotaxia, schizotypy, schizophrenia. *Am. Psychol.* 17, 827–838.

- Miller, P.M., Byrne, M., Hodges, A., Lawrie, S.M., Johnstone, E.C., 2002. Childhood behaviour, psychotic symptoms and psychosis onset in young people at high risk of schizophrenia: early findings from the edinburgh high risk study. *Psychol. Med.* 32, 173–179.
- Miller, T.J., McGlashan, T.H., Rosen, J.L., Cadenhead, K., Cannon, T., Ventura, J., McFarlane, W., Perkins, D.O., Pearlson, G.D., Woods, S.W., 2003. Prodromal assessment with the structured interview for prodromal syndromes and the scale of prodromal symptoms: predictive validity, interrater reliability, and training to reliability. *Schizophr. Bull.* 29, 703–715.
- Mittal, V.A., Dean, D.J., Mittal, J., Saks, E.R., 2015. Ethical, Legal, and Clinical Considerations when Disclosing a High-Risk Syndrome for Psychosis. *Bioethics* 29, 543–556.
- Modinos, G., Allen, P., Frascarelli, M., Tognin, S., Valmaggia, L., Xenaki, L., Keedwell, P., Broome, M., Valli, I., Woolley, J., Stone, J.M., Mechelli, A., Phillips, M.L., McGuire, P., Fusar-Poli, P., 2014. Are we really mapping psychosis risk? Neuroanatomical signature of affective disorders in subjects at ultra high risk. *Psychol. Med.* 44, 3491–3501.
- Nelson, B., Yuen, H.P., Wood, S.J., Lin, A., Spiliotacopoulos, D., Bruxner, A., Broussard, C., Simmons, M., Foley, D.L., Brewer, W.J., Francey, S.M., Amminger, G.P., Thompson, A., McGorry, P.D., Yung, A.R., 2013. Long-term follow-up of a group at ultra high risk (“prodromal”) for psychosis: the PACE 400 study. *JAMA Psychiatry* 70, 793–802.
- Odagaki, Y., 2009. Atypical neuroleptic malignant syndrome or serotonin toxicity associated with atypical antipsychotics? *Curr. Drug Saf.* 4, 84–93.
- Olin, S.C., Mednick, S.A., 1996. Risk factors of psychosis: identifying vulnerable populations premorbidly. *Schizophr. Bull.* 22, 223–240.
- Ord, L.M., Myles-Worsley, M., Blailes, F., Ngiralmu, H., 2004. Screening for prodromal adolescents in an isolated high-risk population. *Schizophr. Res.* 71, 507–508.
- Ordonnance n° 45-174 du 2 février 1945 relative à l'enfance délinquante.
- Penttilä, M., Jääskeläinen, E., Hirvonen, N., Isohanni, M., Miettunen, J., 2014. Duration of untreated psychosis as predictor of long-term outcome in schizophrenia: systematic review and meta-analysis. *Br. J. Psychiatry J. Ment. Sci.* 205, 88–94.
- Perez, J., Jin, H., Russo, D.A., Stochl, J., Painter, M., Shelley, G., Jackson, E., Crane, C., Gaffy, J.P., Croudace, T.J., Byford, S., Jones, P.B., 2015. Clinical effectiveness and cost-effectiveness of tailored intensive liaison between primary and secondary care to identify individuals at risk of a first psychotic illness (the LEGs study): a cluster-randomised controlled trial. *Lancet Psychiatry* 2, 984–993.
- Puyuelo, R., 2015. Enfants à risque d'exclusion et soin de l'être en institution..., in: ITEP, repères et défis. Erès, Toulouse, pp. 75–88.
- Raballo, A., Nelson, B., Thompson, A., Yung, A., 2011. The comprehensive assessment of at-risk mental states: from mapping the onset to mapping the structure. *Schizophr. Res.* 127, 107–114.

- Radó, S., 1953. Dynamics and classification of disordered behavior. *Am. J. Psychiatry* 110, 406–416.
- Remschmidt, H., Schulz, E., Martin, M., Warnke, A., Trott, G., 1994. Childhood-onset schizophrenia: history of the concept and recent studies. *Schizophr. Bull.* 20, 727–745.
- Rivollier, F., Lotersztajn, L., Chaumette, B., Krebs, M.-O., Kebir, O., 2014. Hypothèse épigénétique de la schizophrénie : revue de la littérature. *L'Encéphale* 40, 380–386.
- Ross, R.G., Heinlein, S., Tregellas, H., 2006. High rates of comorbidity are found in childhood-onset schizophrenia. *Schizophr. Res.* 88, 90–95.
- Rouzel, J., 2013. La prise en compte des psychoses dans le travail éducatif. Érès éd., Toulouse.
- Rüsch, N., Corrigan, P.W., Heekeren, K., Theodoridou, A., Dvorsky, D., Metzler, S., Müller, M., Walitza, S., Rössler, W., 2014. Well-being among persons at risk of psychosis: the role of self-labeling, shame, and stigma stress. *Psychiatr. Serv. Wash. DC* 65, 483–489.
- Russell, A.T., 1994. The clinical presentation of childhood-onset schizophrenia. *Schizophr. Bull.* 20, 631–646.
- Rutter, M., 1972. Childhood schizophrenia reconsidered. *J. Autism Child. Schizophr.* 2, 315–337.
- Saha, S., Chant, D., Welham, J., McGrath, J., 2005. A Systematic Review of the Prevalence of Schizophrenia. *PLOS Med* 2, e141.
- Salokangas, R.K.R., Ruhrmann, S., von Reventlow, H.G., Heinimaa, M., Svirskis, T., From, T., Luutonen, S., Juckel, G., Linszen, D., Dingemans, P., Birchwood, M., Patterson, P., Schultze-Lutter, F., Klosterkötter, J., EPOS group, 2012. Axis I diagnoses and transition to psychosis in clinical high-risk patients EPOS project: prospective follow-up of 245 clinical high-risk outpatients in four countries. *Schizophr. Res.* 138, 192–197.
- Schandrin, A., Boulenger, J.-P., Batlaj-Lovichi, M., Capdevielle, D., 2013. Relais entre pédopsychiatrie et psychiatrie d'adulte : évaluation et propositions. *Eur. Psychiatry* 28, 65.
- Schmidt, S.J., Schultze-Lutter, F., Schimmelmann, B.G., Maric, N.P., Salokangas, R.K.R., Riecher-Rössler, A., van der Gaag, M., Meneghelli, A., Nordentoft, M., Marshall, M., Morrison, A., Raballo, A., Klosterkötter, J., Ruhrmann, S., 2015. EPA guidance on the early intervention in clinical high risk states of psychoses. *Eur. Psychiatry J. Assoc. Eur. Psychiatr.* 30, 388–404.
- Schneider, K., 1959. *Clinical psychopathology*. Grune & Stratton, New York.
- Sheitman, B.B., Lee, H., Strous, R., Strauss, R., Lieberman, J.A., 1997. The evaluation and treatment of first-episode psychosis. *Schizophr. Bull.* 23, 653–661.
- Singh, S.P., 2009. Transition of care from child to adult mental health services: the great divide. *Curr. Opin. Psychiatry* 22, 386–390.
- Solida, A., Conus, P., 2012. Du traitement précoce des sujets à risque aux risques du traitement précoce. *Rev. Médicale Suisse* 8, 1781–1784.

- Sommer, I.E., Bearden, C.E., van Dellen, E., Breetvelt, E.J., Duijff, S.N., Majjer, K., van Amelsvoort, T., de Haan, L., Gur, R.E., Arango, C., Díaz-Caneja, C.M., Vinkers, C.H., Vorstman, J.A., 2016. Early interventions in risk groups for schizophrenia: what are we waiting for? *Npj Schizophr.* 2, 16003.
- Spada, G., Molteni, S., Pistone, C., Chiappedi, M., McGuire, P., Fusar-Poli, P., Balottin, U., 2016. Identifying children and adolescents at ultra high risk of psychosis in Italian neuropsychiatry services: a feasibility study. *Eur. Child Adolesc. Psychiatry* 25, 91–106.
- Sporn, A.L., Addington, A.M., Gogtay, N., Ordoñez, A.E., Gornick, M., Clasen, L., Greenstein, D., Tossell, J.W., Gochman, P., Lenane, M., Sharp, W.S., Straub, R.E., Rapoport, J.L., 2004. Pervasive developmental disorder and childhood-onset schizophrenia: comorbid disorder or a phenotypic variant of a very early onset illness? *Biol. Psychiatry* 55, 989–994.
- Stowkowy, J., Perkins, D.O., Woods, S.W., Nyman, K., Addington, J., 2015. Personal Beliefs about Experiences in those at Clinical High Risk for Psychosis. *Behav. Cogn. Psychother.* 43, 669–675.
- Strakowski, S.M., Keck, P.E., McElroy, S.L., Lonczak, H.S., West, S.A., 1995. Chronology of comorbid and principal syndromes in first-episode psychosis. *Compr. Psychiatry* 36, 106–112.
- Tandon, R., Nasrallah, H.A., Keshavan, M.S., 2009. Schizophrenia, “just the facts” 4. Clinical features and conceptualization. *Schizophr. Res.* 110, 1–23.
- Tay, S.A., Yuen, S., Lim, L.K., Pariyasami, S., Rao, S., Poon, L.Y., Verma, S., 2015. Support for Wellness Achievement Programme (SWAP): clinical and demographic characteristics of young people with at-risk mental state in Singapore. *Early Interv. Psychiatry* 9, 516–522.
- Truffaut, F., 1959. *Les Quatre Cents Coups*. Cocinor - Comptoir Cinématographique du Nord.
- van der Gaag, M., Nieman, D.H., Rietdijk, J., Dragt, S., Ising, H.K., Klaassen, R.M.C., Koeter, M., Cuijpers, P., Wunderink, L., Linszen, D.H., 2012. Cognitive behavioral therapy for subjects at ultrahigh risk for developing psychosis: a randomized controlled clinical trial. *Schizophr. Bull.* 38, 1180–1188.
- Van Erp, T.G.M., Saleh, P.A., Rosso, I.M., Huttunen, M., Lönnqvist, J., Pirkola, T., Salonen, O., Valanne, L., Poutanen, V.-P., Standertskjöld-Nordenstam, C.-G., Cannon, T.D., 2002. Contributions of genetic risk and fetal hypoxia to hippocampal volume in patients with schizophrenia or schizoaffective disorder, their unaffected siblings, and healthy unrelated volunteers. *Am. J. Psychiatry* 159, 1514–1520.
- Varese, F., Smeets, F., Drukker, M., Lieverse, R., Lataster, T., Viechtbauer, W., Read, J., van Os, J., Bentall, R.P., 2012. Childhood adversities increase the risk of psychosis: a meta-analysis of patient-control, prospective- and cross-sectional cohort studies. *Schizophr. Bull.* 38, 661–671.
- Walker, E.F., Savoie, T., Davis, D., 1994. Neuromotor precursors of schizophrenia. *Schizophr. Bull.* 20, 441–451.

- Weinberger, D.R., 1987. Implications of normal brain development for the pathogenesis of schizophrenia. *Arch. Gen. Psychiatry* 44, 660–669.
- Widlöcher, D., 1973. Étude psychopathologique des états prépsychotiques. *Rev. Neuropsychiatr. Infant. Hygiène Ment. Enfance* 21.
- Winnicott, D.W., 1956. La tendance antisociale, in: *De La Pédiatrie À La Psychanalyse*. Payot, Paris, pp. 292–302.
- Wyatt, R.J., Damiani, L.M., Henter, I.D., 1998. First-episode schizophrenia. Early intervention and medication discontinuation in the context of course and treatment. *Br. J. Psychiatry. Suppl.* 172, 77–83.
- Xu, Z., Mayer, B., Müller, M., Heekeren, K., Theodoridou, A., Dvorsky, D., Metzler, S., Oexle, N., Walitza, S., Rössler, W., Rüsç, N., 2016. Stigma and suicidal ideation among young people at risk of psychosis after one year. *Psychiatry Res.* 243, 219–224.
- Yang, L.H., Wonpat-Borja, A.J., Opler, M.G., Corcoran, C.M., 2010. Potential stigma associated with inclusion of the psychosis risk syndrome in the DSM-V: an empirical question. *Schizophr. Res.* 120, 42–48.
- Yung, A.R., McGorry, P.D., 2007. Prediction of psychosis: setting the stage. *Br. J. Psychiatry. Suppl.* 51, s1-8.
- Yung, A.R., McGorry, P.D., 1996. The prodromal phase of first-episode psychosis: past and current conceptualizations. *Schizophr. Bull.* 22, 353–370.
- Yung, A.R., McGorry, P.D., Francey, S.M., Nelson, B., Baker, K., Phillips, L.J., Berger, G., Amminger, G.P., 2007. PACE: a specialised service for young people at risk of psychotic disorders. *Med. J. Aust.* 187, S43-46.
- Yung, A.R., McGorry, P.D., McFarlane, C.A., Jackson, H.J., Patton, G.C., Rakkar, A., 1996. Monitoring and care of young people at incipient risk of psychosis. *Schizophr. Bull.* 22, 283–303.
- Yung, A.R., Phillips, L.J., Yuen, H.P., McGorry, P.D., 2004. Risk factors for psychosis in an ultra high-risk group: psychopathology and clinical features. *Schizophr. Res.* 67, 131–142.
- Yung, A.R., Yuen, H.P., McGorry, P.D., Phillips, L.J., Kelly, D., Dell’Olio, M., Francey, S.M., Cosgrave, E.M., Killackey, E., Stanford, C., Godfrey, K., Buckby, J., 2005. Mapping the onset of psychosis: the Comprehensive Assessment of At-Risk Mental States. *Aust. N. Z. J. Psychiatry* 39, 964–971.
- Zammit, S., Allebeck, P., Andreasson, S., Lundberg, I., Lewis, G., 2002. Self reported cannabis use as a risk factor for schizophrenia in Swedish conscripts of 1969: historical cohort study. *BMJ* 325, 1199.
- Zubin, J., Spring, B., 1977. Vulnerability: a new view of schizophrenia. *J. Abnorm. Psychol.* 86, 103–126.

ANNEXES

5

Annexe 1. Questionnaire de l'enquête nationale

Remarque : les questions précédées par ● devaient être obligatoirement renseignées.

I ■ Concernant le psychiatre interrogé

1. Quel est votre nom ?

.....

2. Acceptez-vous que votre nom soit cité dans la thèse, parmi les participants à cette étude ?

Oui

Non

● 3. Quel âge avez-vous ?

.....

● 4. Quel est le nom de l'ITEP sur lequel vous intervenez ?

.....

● 5. Dans quel département se situe-t-il ?

.....

II ■ Concernant votre pratique en ITEP

● 6. Quelle est votre formation initiale ? *(Une réponse)*

Pédopsychiatrie

Psychiatrie adulte

Médecin généraliste

Pédiatre

Autre :

● 7. Depuis combien de temps travaillez-vous en ITEP ? *(Une réponse)*

Moins de 5 ans

6 – 10 ans

11 – 15 ans

16 – 20 ans

Plus de 20 ans

● 8. Quel est votre temps d'activité sur cette structure ? *(de 0,1 à 1 ETP)*

9. Si vous travaillez à temps partiel en ITEP, quel(s) est/sont votre/vos autre(s) temps d'activité ?
(Plusieurs réponses possibles)

Activité libérale

Activité dans le secteur sanitaire (CMP, service d'hospitalisation)

Activité dans le médico-social

Retraité

Autre :

● **10.** Combien d'enfants ou d'adolescents sont accueillis sur votre structure ? *(Une réponse)*

- ≤ 30
- > 30 et ≤ 60
- > 60 et ≤ 90
- > 90

11. Si vous le savez, combien précisément ?

.....

● **12.** Quelle est la tranche d'âge du public reçu sur votre structure ?

.....

● **13.** Sur quel référentiel vous basez-vous préférentiellement dans votre travail ? *(Une réponse)*

- CFTMEA
- CIM
- DSM
- Autre :

III ■ Concernant la prise en charge psychiatrique (Modalités de suivi et de relais psychiatrique)

● **14.** Quelle est la fréquence moyenne du suivi psychiatrique individuel en ITEP ? *(Une réponse)*

- Moins d'une séance mensuelle
- 1 à 3 séances mensuelles
- 1 à 3 séances hebdomadaires
- Il n'y a pas de suivi psychiatrique individuel à l'ITEP.

● **15.** Quelle est la fréquence moyenne du suivi psychiatrique groupal en ITEP (ex : groupe de parole mené par le médecin) ? *(Une réponse)*

- Moins d'une séance mensuelle
- 1 à 3 séances mensuelles
- 1 à 3 séances hebdomadaires
- Il n'y a pas de suivi psychiatrique groupal à l'ITEP.

● **16.** Existe-t-il un psychiatre traitant, extérieur à l'ITEP ? *(Une réponse)*

- Oui, pour tous les patients
- Oui, pour certains patients
- Non

● **17.** Dans quels cas, un enfant ou adolescent, bénéficie-t-il d'un suivi psychiatrique extérieur à l'ITEP ? *(Plusieurs réponses possibles)*

- Pour la prescription du traitement
- Pour une prise en charge psychothérapique
- Poursuite d'un suivi psychiatrique existant antérieurement à la prise en charge ITEP
- Hospitalisation
- Autre :

● **18.** Combien d'enfants ou d'adolescents actuellement pris en charge sur votre structure ont un traitement médicamenteux ? *(Une réponse)*

- 0 – 10 %
- 10 – 20 %

- 20 – 30 %
- 30 – 40 %
- 40 – 50 %
- Plus de 50 %

● **19.** Qui s'occupe de la prescription médicamenteuse ?

- Médecin d'ITEP
- Psychiatre traitant extérieur à la structure
- Co-prescription médecin ITEP et psychiatre extérieur à la structure
- Autres

● **20.** En fin de prise en charge ITEP, existe-t-il systématiquement un suivi psychiatrique de relais ? *(Une réponse)*

- Oui
- Non

21. Si ce relais n'est pas systématique, sur quel(s) critère(s) orientez-vous vos patients vers un suivi psychiatrique ?

.....

● **22.** En général, qui décide de cette orientation de relais ? *(Une réponse)*

- Psychiatre de l'ITEP
- Psychiatre traitant extérieur
- L'équipe pluridisciplinaire de l'ITEP
- Orientation concertée entre le psychiatre de l'ITEP et le psychiatre traitant extérieur
- Autre :

● **23.** Quel(s) partenaire(s) privilégiez-vous pour ce relais psychiatrique ? *(Plusieurs réponses possibles)*

- Psychiatre libéral
- CMP
- Hôpital de jour
- Structure du médico-social
- Autre :

IV ■ Concernant les enfants ou adolescents présentant un trouble schizophrénique, actuellement pris en charge sur votre structure

● **24.** Combien d'enfants ou d'adolescents actuellement pris en charge sur votre structure ont un diagnostic de trouble psychotique de type schizophrénie (autre qu'un autisme ou un TED) ? *(Une réponse)*

- 0 – 5 %
- 5 – 10 %
- 10 – 15 %
- 15 – 20 %
- 20 – 25 %
- > 25 %

25. Combien précisément ?

.....

- 26. Avez-vous déjà fait un diagnostic de schizophrénie débutante en cours de prise en charge ITEP ? *(Une réponse)*
 - Oui
 - Non

27. Si oui, sur quel(s) critère(s) ?

.....

- 28. En fin de prise en charge ITEP, orientez-vous ces patients psychotiques vers un suivi psychiatrique de relais ? *(Une réponse)*
 - Oui, toujours
 - Oui, parfois
 - Non
 - Autre : ...

V ■ Concernant le dépistage des sujets à haut risque de transition psychotique

- 29. Êtes-vous familier avec le concept de sujet à haut risque de psychose (*Ultra high risk for psychosis*) ? *(Une réponse)*
 - Oui
 - Non

● 30. Êtes-vous attentif au repérage des symptômes prodromiques d'une pathologie psychotique en devenir ?

.....

31. Si oui, sur quel(s) symptôme(s) vous basez-vous ?

.....

- 32. Devant des symptômes prodromiques, prescrivez-vous un ou des traitement(s) spécifique(s) ? *(Une réponse)*
 - Oui
 - Non

33. Si oui, le(s)quel(s) ?

.....

- 34. Connaissez vous les outils de dépistage, décrits dans la littérature, des sujets à haut risque de psychose ? *(Une réponse)*
 - Oui
 - Non

35. Si oui, le(s)quel(s) connaissez-vous ? *(Plusieurs réponses possibles)*

- CAARMS (*Comprehensive Assessment of At Risk Mental State*)
 - SIPS (*Structured Interview for Prodromal Syndromes*)
 - BSABS (*Bonn Scale for the Assessment of Basic Symptoms*)
 - Autre
-

● **36.** Avez-vous déjà utilisé de tels outils en ITEP ? *(Une réponse)*

- Oui
- Non

● **37.** Selon vous, existe-t-il un intérêt à la mise en place d'outils standardisés (échelles, questionnaires semi-dirigés..) pour le dépistage des sujets à haut risque de transition psychotique en ITEP ? *(Une réponse)*

- Oui, de façon systématique
- Oui, selon les situations
- Non

38. Si non, pourquoi ?

.....

● **39.** De façon générale, pensez-vous que le dépistage systématique des pathologies psychiatriques ait sa place en ITEP ? *(Une réponse)*

- Oui
- Non

VI ■ Commentaires

● **40.** Désirez-vous avoir un retour par mail de ce travail, une fois celui-ci terminé ?

- Oui
- Non

41. Commentaires libres

.....

ÉVALUATION DÉTAILLÉE DES ÉTATS MENTAUX A RISQUE

COMPREHENSIVE ASSESSMENT OF AT RISK MENTAL STATES

CAARMS version française

Traduction française :

M.O. Krebs, D. Willard, C. Elkhazen, M. Kazès
M.J. Marois, P. Conus

Version originale :

A. Yung, L. Phillips, M.B. Simmons, J. Ward, K. Thompson, P. French
P. McGorry
The PACE Clinic
UNIVERSITY OF MELBOURNE,
MELBOURNE, AUSTRALIA

DATE :

NOM – PRÉNOM :

DOSSIER N°

DESCRIPTIF DE LA CAARMS

Objectifs

- Déterminer si le sujet remplit les critères « d'état mental à risque ».
- Exclure ou confirmer les critères d'une psychose aiguë.
- Explorer l'évolution au cours du temps d'un ensemble de facteurs psychopathologiques et fonctionnels chez des sujets jeunes à risque extrêmement élevé de développer un trouble psychotique.

Structure de la CAARMS

- Les cotations sont faites sur une série de sous-échelles qui ciblent différents domaines psychopathologiques et fonctionnels. A partir de ces cotations, il est possible d'extraire l'information relative aux objectifs décrits ci-dessus.

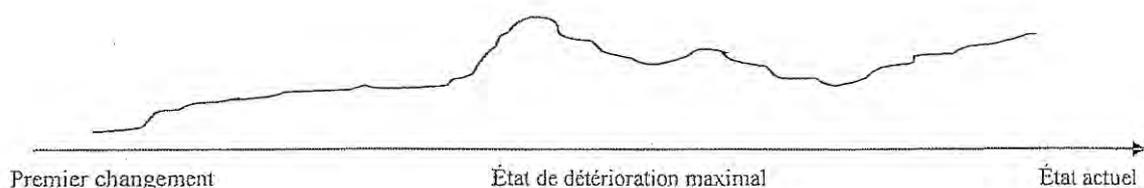
Description des symptômes et du fonctionnement général – Évolution

- Lors du premier entretien (et non lors des entretiens de suivi), la CAARMS permet d'obtenir une description de la chronologie des changements depuis la phase prémorbide. Toute l'information disponible doit être utilisée.
- Déterminer le moment où le premier changement a été observé – date et âge du sujet.
Date :
Âge :

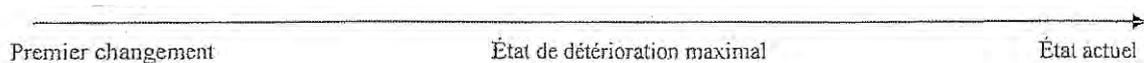
- Noter les tous premiers signes et symptômes :

.....
.....
.....

- Évolution depuis ces premiers signes et symptômes, représenté sur la ligne de temps, par ex :



- Évolution du sujet évalué :



INDEX

ENTRETIEN 1

1. CHANGEMENT COGNITIF : ATTENTION et CONCENTRATION

- 1.1. Changements cognitifs subjectifs
- 1.2. Changement cognitifs objectifs

2. PERTURBATION ÉMOTIONNELLE

- 2.1. Perturbation émotionnelle subjective
- 2.2. Émoussement de l'affect observé
- 2.3. Affect inapproprié observé

3. SYMPTÔMES NÉGATIFS

- 3.1. Alogie
- 3.2. Avolition et apathie
- 3.3. Anhédonie

4. SYMPTÔMES POSITIFS

- 4.1. Troubles du contenu de la pensée
- 4.2. Idées non-bizarres
- 4.3. Anomalies de la perception
- 4.4. Discours désorganisé

5. MODIFICATION DU COMPORTEMENT

- 5.1. Isolement social
- 5.2. Altération du comportement
- 5.3. Comportement désorganisé, bizarres et stigmatisant
- 5.4. Comportement agressif et/ou dangereux

6. CHANGEMENTS PHYSIQUES ET MOTEURS

- 6.1. Plaintes subjectives d'altération du fonctionnement moteur
- 6.2. Changements dans le fonctionnement moteur observé
- 6.3. Plaintes subjectives d'altération des sensations corporelles
- 6.4. Plaintes subjectives d'altération des fonctions végétatives

7. PSYCHOPATHOLOGIE GÉNÉRALE

- 7.1. Manie
- 7.2. Dépression
- 7.3. Intention suicidaire et automutilation
- 7.4. Labilité de l'humeur
- 7.5. Anxiété
- 7.6. Troubles obsessionnels et compulsifs (TOC)
- 7.7. Symptômes dissociatifs
- 7.8. Diminution de la tolérance au stress habituel

ENTRETIEN 2

1 : CHANGEMENT COGNITIF : ATTENTION et CONCENTRATION

1.1. EXPÉRIENCE SUBJECTIVE (*symptômes de base de Huber*)

Trouble de l'attention et de la concentration

As-tu déjà eu des difficultés à te concentrer (difficulté à écouter les autres, à regarder la télévision, à lire) ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Est-ce que se concentrer ou bien réfléchir te demande un effort ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

.....

Troubles de l'attention sélective

As-tu des difficultés à faire attention à une seule chose ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Es-tu facilement distrait par d'autres choses ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Est-ce que tu t'es déjà senti dépassé, ou confus, par toutes les choses qui se passent autour de toi ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

.....

Troubles formels de la pensée

Est-ce que parfois tes pensées s'arrêtent, se bloquent ou disparaissent (comme si tu avais un blanc) ? Peux-tu me le décrire ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Est-ce que parfois tes pensées s'accroissent, deviennent floues et embrouillées ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Est-ce que d'autres choses s'arrêtent en même temps que les pensées (par exemple, est-ce que la mémoire, la parole, le mouvement s'arrêtent aussi à ce moment-là) ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Est-ce qu'il t'arrive parfois de ne plus savoir qui tu es ? Selon toi, qu'est-ce qui peut provoquer cela ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

.....

Difficultés de compréhension

As-tu des difficultés à suivre ce que les autres disent ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Est-ce qu'il t'arrive de demander aux autres de répéter leur phrase, surtout quand les phrases sont longues ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

Est-ce que parfois il t'arrive de ne pas comprendre le langage figuré (par exemple, le second degré) ? Est-ce que c'est nouveau, ou bien cela a toujours été comme ça ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Est-ce qu'il t'arrive parfois d'avoir du mal à comprendre les émotions des autres au cours d'une conversation (par ex : ne pas reconnaître qu'ils font de l'humour, qu'ils sont ironiques) ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Est-ce parfois difficile pour toi de comprendre les formes non-verbales de communication, par ex : les gestes ou les mimiques des gens ? A quel point est-ce difficile ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

.....
.....
.....

Problème de mémoire

As-tu eu des problèmes de mémoire ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
As-tu déjà eu l'impression d'avoir de grands trous dans ta mémoire ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Ces trous sont-ils présents tout le temps ou bien de temps en temps ? As-tu remarqué si tes problèmes de mémoire arrivent en période de stress ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

.....
.....
.....

EXPÉRIENCE SUBJECTIVE - SÉVÉRITÉ

0 Jamais, Absent	1 Douteux	2 Léger	3 Moyen	4 Modérément sévère	5 Sévère	6 Extrême
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aucune difficulté subjective d'attention ou de concentration	Le sujet est conscient de quelques changements, mais qui peuvent être attribués à des facteurs extérieurs Le sujet a de la difficulté à identifier les changements	Problèmes légers mais définis, par ex : quelques difficultés à se concentrer pour lire, ou regarder la TV. Se concentrer nécessite plus d'effort. OU Mémoire légèrement altérée mais de façon temporaire	Sentiment subjectif d'être brouillé, confus, avec accélération, ou ralentissement de la pensée, difficulté à comprendre les conversations. Épisodes occasionnels de blocage de la pensée OU Problèmes de mémoire plus évidents mais n'interférant pas avec le fonctionnement quotidien	Sentiment subjectif d'être incapable de penser correctement, d'être confus, incapable de comprendre les autres. Épisodes plus réguliers de blocage de la pensée OU Difficultés de mémoire gênant la conversation, les objets sont souvent égarés.	Inattention marquée, sensation d'être confus et dépassé par moments, distrait par d'autres éléments de l'environnement. Fréquents épisodes de blocage de la pensée. OU Difficultés de mémoire notées par les autres, angoissant.	Le sujet rapporte une difficulté extrême à se concentrer sur l'entretien. Entretien arrêté à cause de l'impossibilité du sujet à se concentrer ou à cause d'un sévère blocage de la pensée. OU Sévères problèmes de mémoire

Date de début :

Date de fin :

FRÉQUENCE ET DURÉE

0	1	2	3	4	5	6
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Absent	Moins d'une fois par mois	Une fois par mois jusqu'à 2 fois par semaine pendant moins d'une heure à chaque occasion	Une fois par mois jusqu'à 2 fois par semaine pendant plus d'une heure à chaque occasion OU 3 à 6 fois par semaine pendant moins d'une heure à chaque occasion	3 à 6 fois par semaine pendant plus d'une heure à chaque occasion OU Quotidienmt pendant moins d'une heure à chaque occasion	Quotidienmt pendant plus d'une heure à chaque occasion OU Plusieurs fois par jour	Continuellement

PROFIL DES SYMPTÔMES

0	1	2
Sans relation avec une consommation de substance	En relation avec une consommation de substance et aussi à d'autres moments.	Observés uniquement lors d'une consommation de substance.

1.2. CHANGEMENTS COGNITIFS OBSERVÉS

Inattention observée durant l'entretien

Le sujet paraît inattentif (regarde ailleurs durant l'entretien, ne saisit pas le sujet d'une discussion, change rapidement son centre d'attention)	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
L'attention peut être attirée par le bruit de la salle voisine, des objets dans la pièce, les vêtements de l'investigateur, etc.	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

.....

Inattention observée durant le « Mini Mental State » (MMS)

- Le sujet peut présenter une performance médiocre à des tests simples du fonctionnement intellectuel malgré un niveau éducatif et des capacités intellectuelles correctes.
- Ceci est évalué en demandant au sujet d'épeler le mot « monde » à l'envers ainsi que de compter de 7 en 7 ou de 3 en 3 pour une série de 5.
- EDNOM
- 100, 93, 86, 79, 72
- 100, 97, 94, 91, 88

CHANGEMENTS COGNITIFS OBSERVÉS - SÉVÉRITÉ

0 Jamais, Absent	1 Douteux	2 Léger	3 Moyen	4 Modérément sévère	5 Sévère	6 Extrême
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aucune anomalie observée.	Quelques marques d'inattention pouvant être expliquée par d'autres événements.	Légers problèmes de concentration. Observation objective d'un changement de l'attention entre 1 et 3 fois durant l'entretien. Ne comprend pas parfaitement ce que les autres disent ou la tonalité émotionnelle des conversations.	Problèmes de concentration modérés durant l'entretien. Entraîne une légère perturbation du cours de l'entretien.	Attention et concentration médiocres affectant significativement la possibilité de réaliser des tâches. Distractibilité clairement observée qui perturbe le cours de l'entretien.	Sévères difficultés d'attention et de concentration. Extrêmement difficile de mener l'entretien, ou de maintenir un sujet car le sujet s'intéresse à des stimuli sans importance.	Incapacité totale à se concentrer. Impossibilité de mener l'entretien car le sujet s'intéresse à des stimuli sans importance.

2 : PERTURBATION ÉMOTIONNELLE

2.1. EXPÉRIENCE SUBJECTIVE DE PERTURBATION ÉMOTIONNELLE

(symptômes de base de Huber)

Fonctionnement émotionnel altéré

NOTE : voir aussi Anhédonie, p.16 ; Dépression, p.37

As-tu remarqué un quelconque changement dans tes sentiments ou dans tes émotions, par ex : avoir l'impression de ne pas avoir de sentiment, l'impression que tes émotions sont « vides », ou que tes émotions ne sont pas authentiques ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Y a-t-il eu un quelconque changement dans la façon dont tu vis tes émotions ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Es-tu toujours capable d'apprécier des choses, ou d'avoir du plaisir ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
As-tu l'impression que lorsque quelque chose de triste t'arrive, tu n'es plus capable de ressentir de la tristesse ? Ou lorsque quelque chose d'heureux t'arrive, tu n'es plus capable de te sentir heureux ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

.....
.....
.....

Modification de l'affect

Expression du visage

As-tu remarqué un changement dans ton expression faciale ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Des gens ont-ils fait des commentaires sur tes mimiques en disant qu'elles ne sont pas expressives ou qu'il est difficile de savoir ce que tu penses ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

.....
.....
.....

Contact visuel

Y a-t-il eu un changement dans tes interactions avec les autres, par ex : trouves-tu plus difficile de regarder les gens lorsque tu leur parles ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
A-t-on déjà fait des commentaires à ce sujet ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

.....
.....
.....

Discours

As-tu remarqué un changement dans la façon dont tu parles, par ex : que ta voix devenait monotone ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
---	--

Est-ce que les gens t'ont dit que tu avais un ton monotone ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Est-ce que les gens semblent te trouver ennuyeux ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

.....
.....
.....

Affect inapproprié

T'es-tu déjà senti différent intérieurement de ce que les autres voient de toi, au niveau de tes émotions ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Comme si ton apparence n'était pas en accord avec tes sentiments ? T'arrive-t-il de sourire ou de rire lorsque tu parles de quelque chose qui est triste ou pas drôle du tout ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

.....
.....
.....

EXPÉRIENCE SUBJECTIVE DE PERTURBATION ÉMOTIONNELLE - SÉVÉRITÉ

0 Jamais, Absent	1 Douteux	2 Léger	3 Moyen	4 Modérément sévère	5 Sévère	6 Extrême
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aucun changement subjectif des sentiments ou émotions	-	Le sujet rapporte des problèmes légers et sporadiques, mais bien présents, par ex : incapable d'apprécier les choses autant qu'auparavant Ressent des impressions d'émoussement des réponses émotionnelles L'affect est inapproprié mais pas de façon prolongée.	Problèmes subjectivement évalués comme plus fréquents ou continus. Parfois l'impression que les réponses émotionnelles sont émoussées. Sentiment plus envahissant du caractère inapproprié de l'affect mais sur lequel le sujet conserve un certain contrôle.	Le sujet décrit un changement marqué des émotions, par ex : incapable d'exprimer ou de ressentir les sentiments comme avant. Impression de distance quand il est avec d'autres. Affect inapproprié plus difficile à cacher aux autres.	Le sujet décrit l'impression de ne pas avoir de sentiments ou que ses émotions lui semblent vides ou sans sincérité. Incapacité totale à ressentir de la tristesse. Sévère sentiment de distance quand il est avec les autres. Affect inapproprié interfère sur ses relations avec les autres	Le sujet rapporte un émoussement émotionnel constant, OU Un affect constamment inapproprié.

Date de début :

Date de fin :

FRÉQUENCE ET DURÉE

0	1	2	3	4	5	6
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Absent	Moins d'une fois par mois	Une fois par mois jusqu'à 2 fois par semaine pendant moins d'une heure à chaque occasion.	Une fois par mois jusqu'à 2 fois par semaine pendant plus d'une heure à chaque occasion OU 3 à 6 fois par semaine pendant moins d'une heure à chaque occasion	3 à 6 fois par semaine pendant plus d'une heure à chaque occasion OU Quotidiennement pendant moins d'une heure à chaque occasion.	Quotidiennement pendant plus d'une heure à chaque occasion OU Plusieurs fois par jour	Continuellement

PROFIL DES SYMPTÔMES

0	1	2
Sans relation avec une consommation de substance	En relation avec une consommation de substance et aussi à d'autres moments.	Observés uniquement lors d'une consommation de substance.



2.2. ÉMOUSSEMENT DE LAFFECT OBSERVÉ

NOTE : inclure l'information d'un proche et l'impression de l'évaluateur

Noter les éléments objectifs de l'émoussement affectif. Par exemple : diminution de l'expression du visage, réduction de la tonalité émotionnelle du discours, réduction des gestes et des mouvements expressifs.

.....
.....
.....

L'évaluateur peut également percevoir une diminution de la capacité à accrocher le sujet.

.....
.....
.....

ÉMOUSSEMENT DE LAFFECT OBSERVÉ - SÉVÉRITÉ

0 Jamais, Absent	1 Douteux	2 Léger	3 Moyen	4 Modérément sévère	5 Sévère	6 Extrême
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pas d'affect anormal observé par l'évaluateur ou par les autres.	-	Léger degré de diminution de l'affect pouvant être observé.	Diminution observable du champ émotionnel. Évite ou n'arrive pas à montrer ses sentiments. Expression émotionnelle réduite. L'évaluateur ressent une « distance » ou une mauvaise relation.	Degré plus marqué d'émoussement ou de blocage. Nette diminution du sens de la relation observée par l'évaluateur. Peut-être décrit ou commenté par des proches.	Manifestations affectives réduites au minimum.	Émoussement affectif flagrant. Aucune expression émotionnelle spontanée observée durant l'entretien. Clairement rapporté par les proches.

Date de début :

Date de fin :

FRÉQUENCE ET DURÉE

0	1	2	3	4	5	6
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Absent	Moins d'une fois par mois	Une fois par mois jusqu'à 2 fois par semaine pendant moins d'une heure à chaque occasion.	Une fois par mois jusqu'à 2 fois par semaine pendant plus d'une heure à chaque occasion OU 3 à 6 fois par semaine pendant moins d'une heure à chaque occasion	3 à 6 fois par semaine pendant plus d'une heure à chaque occasion OU Quotidiennement pendant moins d'une heure à chaque occasion.	Quotidiennement pendant plus d'une heure à chaque occasion OU Plusieurs fois par jour	Continuellement

PROFIL DES SYMPTÔMES

0	1	2
Sans relation avec une consommation de substance	En relation avec une consommation de substance et aussi à d'autres moments.	Observés uniquement lors d'une consommation de substance.



2.3. AFFECT INAPPROPRIÉ OBSERVÉ

NOTE : inclure à la fois l'information fournie par les proches et les impressions de l'évaluateur

Coter également l'affect inapproprié franc (affect clairement discordant du contenu du discours ou de l'idée, par ex : ricaner en parlant de quelque chose de triste)

.....

.....

.....

AFFECT INAPPROPRIÉ OBSERVÉ - SÉVÉRITÉ

0 Jamais, Absent	1 Douteux	2 Léger	3 Moyen	4 Modérément sévère	5 Sévère	6 Extrême
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aucune anormalité observée par l'évaluateur ou par les autres.	-	Léger affect inapproprié pendant l'entretien ou occasionnellement rapporté par les autres Le sujet semble capable de contrôle.	Expression d'émotions inappropriées plus intense. Ne domine pas l'entretien. Le sujet semble capable d'un certain contrôle.	Plus souvent rapporté par les autres – perturbant l'entretien	Affect inapproprié fréquemment rapporté. Interfère avec les relations sociales et le cours de l'entretien.	Affect inapproprié tout au long de l'entretien. Impact majeur sur la possibilité de conduire l'entretien. Rapporté par les autres comme ayant lieu la plupart du temps.

FRÉQUENCE ET DURÉE

0	1	2	3	4	5	6
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Absent	Moins d'une fois par mois	Une fois par mois jusqu'à 2 fois par semaine pendant moins d'une heure à chaque occasion.	Une fois par mois jusqu'à 2 fois par semaine pendant plus d'une heure à chaque occasion OU 3 à 6 fois par semaine pendant moins d'une heure à chaque occasion	3 à 6 fois par semaine pendant plus d'une heure à chaque occasion OU Quotidiennement pendant moins d'une heure à chaque occasion.	Quotidiennement pendant plus d'une heure à chaque occasion OU Plusieurs fois par jour	Continuellement

PROFIL DES SYMPTÔMES

0	1	2
Sans relation avec une consommation de substance	En relation avec une consommation de substance et aussi à d'autres moments.	Observés uniquement lors d'une consommation de substance.

3 : SYMPTÔMES NÉGATIFS

3.1. ALOGIE

NOTE : Se rapporter également au changement cognitif, p.4 ; discours désorganisé, p.24

As-tu remarqué des problèmes pour entamer des conversations, c'est-à-dire, est-ce qu'il t'est difficile de trouver tes mots, as-tu l'impression d'avoir un blocage de la pensée ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Est-ce que les réponses du sujet aux questions sont vagues ou transmettent peu d'information. Le sujet met-il du temps pour répondre aux questions, mais, quand on l'y incite, il montre qu'il a entendu la question ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

ALOGIE - SÉVÉRITÉ

0 Jamais, Absent	1 Douteux	2 Léger	3 Moyen	4 Modérément sévère	5 Sévère	6 Extrême
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aucun changement observé ou rapporté du discours.	Le sujet n'est pas certain de changements récents. Les changements peuvent être attribuables à des facteurs externes mais le sujet n'en est pas sûr.	Très léger changements dans la capacité à parler spontanément. Le sujet signale qu'il se sent bloqué dans sa pensée. Difficulté à trouver les mots pour exprimer ses pensées. Non rapporté par les autres.	Difficulté à s'exprimer avec les mots, à trouver les mots, ou périodes plus régulières de blocage de la pensée. Observable par les autres mais ne constitue pas une difficulté constante. Le sujet répond aux incitations.	Pauvreté du discours ou blocage de la pensée marqué. N'interfère pas significativement avec le fonctionnement à l'école ou au travail.	Incapable de s'exprimer de façon appropriée ou important blocage de la pensée. Peut présenter des périodes de mutisme dues à ses difficultés à trouver les mots et à s'exprimer mais de façon peu fréquente.	Pauvreté du discours ou blocage de la pensée marqué. Retarde sérieusement le cours de l'entretien. Interfère significativement avec le fonctionnement social, professionnel et/ou éducatif.

FRÉQUENCE ET DURÉE

0	1	2	3	4	5	6
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Absent	Moins d'une fois par mois	Une fois par mois jusqu'à 2 fois par semaine pendant moins d'une heure à chaque occasion.	Une fois par mois jusqu'à 2 fois par semaine pendant plus d'une heure à chaque occasion OU 3 à 6 fois par semaine pendant moins d'une heure à chaque occasion	3 à 6 fois par semaine pendant plus d'une heure à chaque occasion OU Quotidiennement pendant moins d'une heure à chaque occasion.	Quotidiennement pendant plus d'une heure à chaque occasion OU Plusieurs fois par jour	Continuellement

PROFIL DES SYMPTÔMES

0	1	2
Sans relation avec une consommation de substance	En relation avec une consommation de substance et aussi à d'autres moments.	Observés uniquement lors d'une consommation de substance.

3.2. AVOLITION/APATHIE (*Symptômes de base de Huber*)

Expérience subjective

As-tu eu l'impression de manquer d'énergie, mentalement et physiquement ? Es-tu fatigué ou manques-tu de motivation ? Es-tu prêt à démarrer la journée dès que tu te lèves, au « saut du lit » ? Est-ce un manque de volonté ou de force physique ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Jusqu'à quel point est-ce que ceci gêne tes activités, comme aller à l'école ou l'ITEP par exemple ? Comment passes-tu tes journées ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

.....
.....
.....



Avolition et apathie observées

NOTE : voir aussi comportement désorganisés, bizarres ou stigmatisant, p. 28

Est-ce que le sujet présente des difficultés à maintenir ses engagements sociaux, éducatifs ou occupationnels à leur niveau habituel ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Est-ce que le sujet semble prendre soin de lui suffisamment (propreté, hygiène, soins personnels) ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

.....
.....
.....

AVOLITION – SÉVÉRITÉ

0 Jamais, Absent	1 Douteux	2 Léger	3 Moyen	4 Modérément sévère	5 Sévère	6 Extrême
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aucun changement observé ou rapporté en ce qui concerne l'énergie	Sujet incertain à propos des changements récents.	Se sent fatigué, tout est un effort. Peut ne pas débiter autant d'activités qu'auparavant. Encore capable de remplir les tâches quotidiennes. N'interfère pas avec le travail scolaire ou la présence au travail.	Impression d'une baisse de l'énergie ou de la volonté. Absentéisme au travail/école ou difficultés pour effectuer les tâches habituelles aussi bien que d'habitude. Pas tous les jours et non rapporté par les autres.	Réduction plus marquée de l'énergie ou de la motivation. Quelques interférences avec le fonctionnement normal, par ex : les tâches prennent plus de temps à être exécutées, le sujet ne se donne pas la peine de faire certaines choses. Peut manquer l'école ou le travail quelques fois par semaine ou arrive en retard fréquemment. Peut ne plus être capable de s'occuper de son hygiène personnelle comme d'habitude.	Réduction quotidienne de l'énergie, de la volonté, de la force physique, de la motivation. Interfère avec le fonctionnement normal, par ex : absent de l'école ou du travail la plupart des jours. Passe une partie importante de son temps couché. Net impact sur l'hygiène personnelle.	Incapacité extrême et continue, par ex : incapable d'effectuer les tâches normales, confiné à la maison, aucune volonté ou envie. Absolument incapable de fréquenter l'école ou le travail du fait du manque de motivation. Impact marqué sur l'hygiène personnelle.

FRÉQUENCE ET DURÉE

0	1	2	3	4	5	6
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Absent	Moins d'une fois par mois	Une fois par mois jusqu'à 2 fois par semaine pendant moins d'une heure à chaque occasion.	Une fois par mois jusqu'à 2 fois par semaine pendant plus d'une heure à chaque occasion OU 3 à 6 fois par semaine pendant moins d'une heure à chaque occasion	3 à 6 fois par semaine pendant plus d'une heure à chaque occasion OU Quotidiennement pendant moins d'une heure à chaque occasion.	Quotidiennement pendant plus d'une heure à chaque occasion OU Plusieurs fois par jour	Continuellement

PROFIL DES SYMPTÔMES

0	1	2
Sans relation avec une consommation de substance	En relation avec une consommation de substance et aussi à d'autres moments.	Observés uniquement lors d'une consommation de substance.

3.3. ANHÉDONIE

NOTE : se rapporter également à la dépression, p. 37

Es-tu capable d'apprécier les activités scolaires, l'ITEP, tes passions (sport, musique...) autant que d'habitude ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
As-tu remarqué une diminution de ton intérêt pour ce que tu apprécies d'habitude ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Est-ce que cela a gêné ta capacité à accomplir tes activités, par ex : aller à l'ITEP, participer à des activités ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

.....

.....

.....

ANHÉDONIE - SÉVÉRITÉ

0 Jamais, Absent	1 Douteux	2 Léger	3 Moyen	4 Modérément sévère	5 Sévère	6 Extrême
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aucun changement observé ou rapporté en ce qui concerne l'affect, le discours, le niveau d'activité ou l'attention.	Quelques légères diminutions de l'intérêt pour des événements mais pouvant être attribuées à des causes externes (par ex : n'aime pas une matière à l'école)	Quelques légères diminutions de l'intérêt ou du plaisir à participer à des activités. N'interfère pas avec la capacité à accomplir ces activités.	Réduction modérée de l'intérêt ou du plaisir à participer à des activités telles que l'école ou le travail. Pouvant affecter la performance à l'école ou au travail.	Quelques expériences de plaisir ou d'humour, mais diminuées en durée et en qualité. Pouvant avoir un impact sur la présence à l'école ou au travail. Les autres sont préoccupés par le retrait et l'isolement du sujet.	A rarement le sentiment d'amusement ou d'intérêt procuré par les tâches. Capable d'apprécier certaines choses par moment mais seulement pendant un court moment. Rare fréquentation de l'école ou du travail. Très remarqué par les autres.	Absolument aucun plaisir ou intérêt pour des activités. Manque d'intérêt marqué. Isolé et replié sur lui-même.

FRÉQUENCE ET DURÉE

0	1	2	3	4	5	6
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Absent	Moins d'une fois par mois	Une fois par mois jusqu'à 2 fois par semaine pendant moins d'une heure à chaque occasion.	Une fois par mois jusqu'à 2 fois par semaine pendant plus d'une heure à chaque occasion OU 3 à 6 fois par semaine pendant moins d'une heure à chaque occasion	3 à 6 fois par semaine pendant plus d'une heure à chaque occasion OU Quotidiennement pendant moins d'une heure à chaque occasion.	Quotidiennement pendant plus d'une heure à chaque occasion OU Plusieurs fois par jour	Continuellement

PROFIL DES SYMPTÔMES

0	1	2
Sans relation avec une consommation de substance	En relation avec une consommation de substance et aussi à d'autres moments.	Observés uniquement lors d'une consommation de substance.

4 : SYMPTÔMES POSITIFS

4.1. TROUBLES DU CONTENU DE LA PENSÉE

Humeur délirante et perplexité (« idées non cristallisées »)

As-tu déjà eu l'impression que quelque chose d'étrange se passait, quelque chose que tu ne pouvais pas expliquer ? De quoi s'agit-il ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Es-tu troublé par quelque chose en ce moment ? Est-ce que ton environnement familial (la maison, l'ITEP...) te paraît étrange ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
As-tu l'impression que les autres, ou le monde en général, a changé d'une façon ou d'une autre ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

.....

.....

Idées de référence

As-tu déjà eu le sentiment que les choses qui se passaient autour de toi avaient une signification spéciale, ou que les gens essayaient de te transmettre un message ? Peux-tu m'en parler ? Comment cela a-t-il commencé ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
As-tu parfois l'impression que les gens rient de toi, dans la rue ou l'ITEP par exemple, ou bien que les commentaires de la télévision ou de la radio contiennent un message caché pour toi, même si tu sais que c'est impossible ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

.....

.....

Idées bizarres (« idées cristallisées »)

<u>Pensées, sentiments et pulsions imposées :</u> As-tu eu l'impression que quelqu'un, ou quelque chose, à l'extérieur de toi, contrôlaient tes pensées, tes sentiments ou tes actions ? As-tu déjà eu des sentiments ou des pulsions qui ne semblaient pas venir de toi ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
<u>Passivité somatique :</u> T'arrive-t-il d'avoir des sensations étranges dans le corps ? Sais-tu ce qui les cause ? Pourraient-elles être provoquées par d'autres personnes ou par des forces en dehors de toi ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
<u>Pensées insérées :</u> As-tu déjà ressenti que des idées ou des pensées, qui ne sont pas de toi, ont été implantées dans ta tête ? Si oui, comment sais-tu que ce ne sont pas les tiennes ? D'où proviennent-elles ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
<u>Vol de la pensée :</u> As-tu déjà eu l'impression que des idées ou des pensées ont été retirées de ta tête ? Comment cela se produit ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
<u>Émission de la pensée :</u> Tes pensées sont-elles diffusées, permettant à d'autres personnes de savoir ce que tu penses ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
<u>Lecture de la pensée :</u> D'autres personnes peuvent-elles lire dans tes pensées ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

.....

.....

TROUBLES DU CONTENU DE LA PENSÉE - SÉVÉRITÉ

0 Jamais, Absent	1 Douteux	2 Léger	3 Moyen	4 Modérément sévère	5 Sévère	6 Extrême
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Absence de trouble du contenu de la pensée.	Légère élaboration des croyances conventionnelles partagées par une partie de la population.	Vague impression que quelque chose dans le monde est différent, ou pas tout à fait normal, l'impression que les choses ont changé mais incapable d'être clairement énoncées. Le sujet n'est pas préoccupé et/ou inquiet par cette expérience.	Un sentiment de perplexité. Une plus forte impression d'incertitude à propos des pensées, qu'en 2.	Idées de référence que certains événements objets ou personnes ont une signification particulière et inhabituelle. Sentiment que l'expérience peut provenir de l'extérieur de soi. Croyance non entretenue avec conviction, le sujet est capable de douter. Ne provoque pas de modification du comportement.	Pensées peu communes avec un contenu complètement original et hautement improbable. Le sujet peut douter (non entretenues avec une conviction délirante), ou auxquelles le sujet ne croit pas tout le temps. Pouvant entraîner quelques changements mineurs du comportement.	Pensées peu communes avec un contenu complètement original et hautement improbable entretenues avec une conviction délirante (absence de doute) Pouvant avoir un impact marqué sur le comportement.

Date de début :

Date de fin :

FRÉQUENCE ET DURÉE

0	1	2	3	4	5	6
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Absent	Moins d'une fois par mois	Une fois par mois jusqu'à 2 fois par semaine pendant moins d'une heure à chaque occasion.	Une fois par mois jusqu'à 2 fois par semaine pendant plus d'une heure à chaque occasion OU 3 à 6 fois par semaine pendant moins d'une heure à chaque occasion	3 à 6 fois par semaine pendant plus d'une heure à chaque occasion OU Quotidiennement pendant moins d'une heure à chaque occasion.	Quotidiennement pendant plus d'une heure à chaque occasion OU Plusieurs fois par jour	Continuellement

PROFIL DES SYMPTÔMES

0	1	2
Sans relation avec une consommation de substance	En relation avec une consommation de substance et aussi à d'autres moments.	Observés uniquement lors d'une consommation de substance.

INTENSITÉ DE LA PERTURBATION (en fonction des symptômes)



IDÉES NON-BIZARRES - SÉVÉRITÉ

0 Jamais, Absent	1 Douteux	2 Léger	3 Moyen	4 Modérément sévère	5 Sévère	6 Extrême
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Absence de trouble du contenu de la pensée.	Légère élaboration des croyances conventionnelles partagées par une partie de la population.	Vague impression que quelque chose dans le monde est différent, ou pas tout à fait normal, l'impression que les choses ont changé mais incapable d'être clairement énoncées. Le sujet n'est pas préoccupé et/ou inquiet par cette expérience.	Un sentiment de perplexité. Une plus forte impression d'incertitude à propos des pensées, qu'en 2.	Idées de référence que certains événements objets ou personnes ont une signification particulière et inhabituelle. Sentiment que l'expérience peut provenir de l'extérieur de soi. Croyance non entretenue avec conviction, le sujet est capable de douter. Ne provoque pas de modification du comportement.	Pensées peu communes avec un contenu complètement original et hautement improbable. Le sujet peut douter (non entretenues avec une conviction délirante), ou auxquelles le sujet ne croit pas tout le temps. Pouvant entraîner quelques changements mineurs du comportement.	Pensées peu communes avec un contenu complètement original et hautement improbable entretenues avec une conviction délirante (absence de doute) Pouvant avoir un impact marqué sur le comportement.

Date de début :

Date de fin :

FRÉQUENCE ET DURÉE

0	1	2	3	4	5	6
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Absent	Moins d'une fois par mois	Une fois par mois jusqu'à 2 fois par semaine pendant moins d'une heure à chaque occasion.	Une fois par mois jusqu'à 2 fois par semaine pendant plus d'une heure à chaque occasion OU 3 à 6 fois par semaine pendant moins d'une heure à chaque occasion	3 à 6 fois par semaine pendant plus d'une heure à chaque occasion OU Quotidiennement pendant moins d'une heure à chaque occasion.	Quotidiennement pendant plus d'une heure à chaque occasion OU Plusieurs fois par jour	Continuellement

PROFIL DES SYMPTÔMES

0	1	2
Sans relation avec une consommation de substance	En relation avec une consommation de substance et aussi à d'autres moments.	Observés uniquement lors d'une consommation de substance.

INTENSITÉ DE LA PERTURBATION (en fonction des symptômes)



4.3. ANOMALIES DE LA PERCEPTION

Changements visuels

<u>Distorsions, illusions :</u> Y a-t-il un changement dans la façon dont tu perçois les choses ? Est-ce que les choses te paraissent parfois différents, ou anormales ? Y a-t-il une altération des couleurs ou de la clarté des objets que tu regardes (par ex : est-ce que les objets te paraissent plus clairs ou plus foncés) ? Y a-t-il une altération de la taille ou de la forme des objets ? Est-ce que les choses semblent bouger lorsque tu les regardes ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
<u>Hallucinations :</u> As-tu des visions, ou vois-tu des choses qui ne sont peut-être pas vraiment là ? T'arrive-t-il de voir des choses que les autres ne peuvent pas voir ? Que vois-tu ? Au moment où tu vois ces choses, te semblent-elles réelles ? Réalises-tu qu'elles ne sont pas réelles sur le moment, ou seulement un peu plus tard ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

.....

.....

.....

Changements auditifs

<u>Distorsions, illusions :</u> Y a-t-il un changement dans la façon dont tu entends les choses ? Est-ce que ce que tu entends te paraît parfois différent ou anormal ? Est-ce que ton oreille te semble plus fine, ou plus sensible, est-ce que tu entends mieux ? Est-ce que ton oreille te semble sourde, ou moins sensible ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
<u>Hallucinations :</u> Entends-tu parfois des choses qui ne sont pas vraiment là ? Entends-tu parfois des choses que les autres personnes ne semblent pas entendre (comme des sons ou des voix) ? Qu'est-ce que tu entends ? Au moment où tu entends ces choses, à quel point te semblent-elles réelles ? Réalises-tu qu'elles ne sont pas réelles sur le moment, ou seulement plus tard ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

.....

.....

.....

Changements olfactifs

<u>Distorsions, illusions :</u> Est-ce que ton sens de l'olfaction te semble différent, plus ou moins intense que d'habitude ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
<u>Hallucinations :</u> T'arrive-t-il de sentir des choses que personne d'autre ne sent ? A ce moment, est-ce que ces odeurs semblent réelles ? Réalises-tu qu'elles ne sont pas réelles sur le moment, ou seulement plus tard ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

.....

.....

.....

Changements gustatifs

<u>Distorsions, illusions :</u> Est-ce que ton sens gustatif te semble différent, plus ou moins intense que d'habitude ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
---	--

<u>Hallucinations :</u> T'arrive-t-il d'avoir des goûts bizarres dans la bouche ? Au moment où tu goûtes ces choses, à quel point te paraissent-elles réelles ? Te rends-tu compte qu'elles ne sont pas réelles sur le moment, ou seulement plus tard ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
--	--

.....

.....

.....

Changements tactiles

<u>Distorsions, illusions, hallucinations :</u> T'arrive-t-il d'avoir des sensations étranges sur, ou juste sous ta peau ? Au moment où tu éprouves ces sensations, à quel point est-ce qu'elles te paraissent réelles ? Réalises-tu qu'elles ne sont pas réelles sur le moment, ou plus tard ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
--	--

.....

.....

.....

Changement somatiques

NOTES : questions également utilisées pour côter les sensations corporelles altérées, p. XX

<u>Distorsions, illusions :</u> T'arrive-t-il d'éprouver des sensations étranges dans ton corps (par ex : sentir que des parties de ton corps ont changé d'une quelconque façon, ou que les choses fonctionnent différemment) ? Est-ce que tu penses qu'il y a un problème avec une partie de ton corps ou avec ton corps tout entier, par ex : qu'il te paraît tout à fait différent des autres, ou seulement différent d'une certaine façon ? A quel point cela te paraît-il réel ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
--	--

<u>Hallucinations :</u> As-tu remarqué un quelconque changement dans tes sensations corporelles, tel qu'une augmentation ou une réduction de l'intensité sensorielle ? Ou des sensations corporelles inhabituelles, telles que des sensations de tractions, de douleurs, de brûlures, d'engourdissements, des vibrations ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
---	--

.....

.....

.....

ANOMALIES DE LA PERCEPTION - SÉVÉRITÉ

0 Jamais, Absent	1 Douteux	2 Léger	3 Moyen	4 Modérément sévère	5 Sévère	6 Extrême
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aucune expérience anormale de perception.	-	Perceptions intensifiées ou atténuées, distorsions, illusions (par ex : lumières, ombres) Pas particulièrement angoissant. Expérience hypnagogique et/ou hypnopompique.	Expériences plus perturbantes : distorsions, illusions plus intenses ou frappantes, murmures indistincts, ombres fugitives, etc. Sujet incertain de la nature de ses expériences. Capable de les chasser. Non angoissant. (Aucune détresse psychologique) Déréalisation et/ou dépersonnalisation	Expériences plus claires qu'en 3 telles que : être appelé par son nom, entendre le téléphone sonner, etc. mais pouvant être fugace. Capable de donner une explication plausible à l'expérience. Peut-être associé à une légère détresse.	Hallucinations véritables, par ex : entendre des coix et ou des conversations, sentir quelque chose toucher son corps. Moyennant un certain effort, le sujet est capable de critiquer son expérience. Pouvant être effrayantes ou associées à une certaine détresse.	Hallucinations véritables, que le sujet croit réelles sur le moment, ainsi qu'après les avoir expérimentées. Pouvant être très angoissantes.

Date de début :

Date de fin :

FRÉQUENCE ET DURÉE

0	1	2	3	4	5	6
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Absent	Moins d'une fois par mois	Une fois par mois jusqu'à 2 fois par semaine pendant moins d'une heure à chaque occasion.	Une fois par mois jusqu'à 2 fois par semaine pendant plus d'une heure à chaque occasion OU 3 à 6 fois par semaine pendant moins d'une heure à chaque occasion	3 à 6 fois par semaine pendant plus d'une heure à chaque occasion OU Quotidiennement pendant moins d'une heure à chaque occasion.	Quotidiennement pendant plus d'une heure à chaque occasion OU Plusieurs fois par jour	Continuellement

PROFIL DES SYMPTÔMES

0	1	2
Sans relation avec une consommation de substance	En relation avec une consommation de substance et aussi à d'autres moments.	Observés uniquement lors d'une consommation de substance.

INTENSITÉ DE LA PERTURBATION (en fonction des symptômes)



4.4. DISCOURS DÉSORGANISÉ

NOTE : questions également utilisées pour coter l'alogie, p.13

Changement subjectif

As-tu remarqué avoir eu des difficultés avec ton discours, ou ta capacité à communiquer avec les autres ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
As-tu de la difficulté à trouver le mot juste au bon moment ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
T'arrive-t-il d'utiliser des mots qui ne sont pas tout à fait corrects ou qui sont complètement inappropriés ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Quand tu parles, t'es-tu déjà retrouvé à prendre « la tangente », c'est à dire t'éloigner sans le faire exprès du sujet de la discussion, sans jamais arriver au but ? Est-ce un changement récent ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Es-tu conscient que tu parles de choses inappropriées, ou que tu perds le fil de la discussion, comme si tu t'embrouillais les pensées ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
D'autres personnes ont-elles parfois de la difficulté à comprendre ce que tu dis ? As-tu des difficultés à faire passer un message ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Répètes-tu les mots des autres personnes ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Dois-tu parfois faire des gestes ou des mimiques pour communiquer parce que tu as du mal à faire passer un message ? A quel point ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Est-ce que ces difficultés t'oblige à rester silencieux et à ne rien dire du tout ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Cotation objective du discours désorganisé

Est-il parfois difficile de suivre le cours du discours du sujet parce qu'il utilise des mots incorrects, inappropriés, ou que son discours est trop circonstancié ou tangent ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Le sujet est-il vague, trop abstrait ou au contraire trop concret ? Est-ce que les réponses pourraient être plus courtes ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Est-ce qu'il s'éloigne souvent du sujet et se perd dans son discours ? Est-ce qu'il semble avoir de la difficulté à trouver les mots justes ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Est-ce qu'il répète des mots que vous avez utilisés ou utilise-t-il des mots étranges (ou des néologismes) pendant une conversation ordinaire ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

DISCOURS DÉSORGANISÉ - SÉVÉRITÉ

0 Jamais, Absent	1 Douteux	2 Léger	3 Moyen	4 Modérément sévère	5 Sévère	6 Extrême
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Discours logique, normal, sans désorganisation, pas de problème à communiquer ou à être compris.	-	Légères difficultés subjectives, par ex : des problèmes pour faire passer un message. Non perceptible par d'autres.	Discours vague avec des mots inappropriés ou trop circonstanciés. Sentiment de ne pas être compris.	Preuve claire de légères déconnexions du discours et des schémas de pensée. Liens entre les idées plutôt tangentiels. Sentiment croissant de frustration pendant les conversations.	Circonstantialité marquée ou discours tangentiel mais la structure de l'entretien l'améliore. Peut avoir besoin de recourir aux gestes ou aux mimiques pour communiquer.	Manque de cohérence, discours inintelligible, difficultés significatives à suivre une ligne de pensée. Associations vagues dans les propos.

Date de début :

Date de fin :

FRÉQUENCE ET DURÉE

0	1	2	3	4	5	6
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Absent	Moins d'une fois par mois	Une fois par mois jusqu'à 2 fois par semaine pendant moins d'une heure à chaque occasion.	Une fois par mois jusqu'à 2 fois par semaine pendant plus d'une heure à chaque occasion OU 3 à 6 fois par semaine pendant moins d'une heure à chaque occasion	3 à 6 fois par semaine pendant plus d'une heure à chaque occasion OU Quotidiennement pendant moins d'une heure à chaque occasion.	Quotidiennement pendant plus d'une heure à chaque occasion OU Plusieurs fois par jour	Continuellement

PROFIL DES SYMPTÔMES

0	1	2
Sans relation avec une consommation de substance	En relation avec une consommation de substance et aussi à d'autres moments.	Observés uniquement lors d'une consommation de substance.

INTENSITÉ DE LA PERTURBATION (en fonction des symptômes)



5 : MODIFICATION DU COMPORTEMENT

5.1. ISOLEMENT SOCIAL

Es-tu récemment resté à la maison plus que d'habitude ? Est-ce par choix ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
T'es-tu senti mal à l'aise avec les autres dernièrement ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
As-tu récemment souhaité être seul plus que d'habitude ? Y avait-il une raison particulière ? Est-ce que les autres l'ont remarqué ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
As-tu manqué des événements sociaux importants (par ex : réunion de famille, sortie avec des amis) ou l'école à cause de cela ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

.....

.....

Question pour les proches :

Est-ce que le sujet est resté à la maison, parfois seul dans sa chambre, plus souvent que par le passé ? Si c'est le cas, en connaissez-vous la raison ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
A-t-il manqué des événements sociaux, l'école... etc. à cause de cela ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Est-ce qu'il semble actuellement vouloir passer son temps seul (plus que d'habitude) ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

.....

.....

ISOLEMENT SOCIAL - SÉVÉRITÉ

0 Jamais, Absent	1 Douteux	2 Léger	3 Moyen	4 Modérément sévère	5 Sévère	6 Extrême
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aucun changement du niveau d'activité sociale	-	Le sujet sent qu'il ne souhaite pas remplir toutes ses fonctions sociales. Voudrait être seul mais capable de se motiver.	S'isole par moments mais pas de façon marquée. Capable de remplir les principales fonctions impliquant des interactions avec les autres. Peut manquer quelques activités sociales.	Intolérance à être avec d'autres pour de longues périodes de temps. Retrait social commenté par les autres. Peut manquer l'école ou le travail 2-3 jours par semaine parce qu'il veut être seul.	Manque la plupart des jours d'école ou de travail, en passant seul la majeure partie de la journée.	Isolé des autres pendant des périodes prolongées (c'est-à-dire des jours)

Date de début :

Date de fin :

FRÉQUENCE ET DURÉE

0	1	2	3	4	5	6
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Absent	Moins d'une fois par mois	Une fois par mois jusqu'à 2 fois par semaine pendant moins d'une heure à chaque occasion.	Une fois par mois jusqu'à 2 fois par semaine pendant plus d'une heure à chaque occasion OU 3 à 6 fois par semaine pendant moins d'une heure à chaque occasion	3 à 6 fois par semaine pendant plus d'une heure à chaque occasion OU Quotidiennement pendant moins d'une heure à chaque occasion.	Quotidiennement pendant plus d'une heure à chaque occasion OU Plusieurs fois par jour	Continuellement

5.2. ALTÉRATION DU COMPORTEMENT

NOTE : voir aussi *dépression*, p.37

As-tu été capable récemment d'aller à l'ITEP comme d'habitude ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Est-ce que tes performances scolaires ont décliné récemment ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
As-tu eu moins d'intérêt pour l'école/l'ITEP récemment ? Est-ce que d'autres personnes ont fait des commentaires à ce sujet ? Y a-t-il une raison pour cela ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

.....

.....

.....

Question pour les proches :

Avez-vous remarqué un changement dans l'assiduité à l'école/ITEP récemment ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Est-ce que le sujet semble capable d'accomplir des tâches habituelles aussi bien qu'auparavant ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

.....

.....

.....

ALTÉRATION DU COMPORTEMENT - SÉVÉRITÉ

0 Jamais, Absent	1 Douteux	2 Léger	3 Moyen	4 Modérément sévère	5 Sévère	6 Extrême
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aucun changement récent du comportement.	-	Le sujet rapporte une légère altération de sa performance aux activités habituelles. Non remarqué par les proches.	Tâches habituelles réalisées avec moins de soin qu'à l'habitude. Manque occasionnellement une journée de travail ou d'école. Noté comme léger par les proches.	Passé environ la moitié du temps requis à la réalisation des tâches quotidiennes habituelles. Baisse de la qualité lors de la réalisation des tâches. Remarqué par les autres.	Altération marquée du fonctionnement. Passé environ la moitié de la journée à des activités sans but.	Le sujet n'assume plus aucune fonction.

Date de début :

Date de fin :

FRÉQUENCE ET DURÉE

0	1	2	3	4	5	6
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Absent	Moins d'une fois par mois	Une fois par mois jusqu'à 2 fois par semaine pendant moins d'une heure à chaque occasion.	Une fois par mois jusqu'à 2 fois par semaine pendant plus d'une heure à chaque occasion OU 3 à 6 fois par semaine pendant moins d'une heure à chaque occasion	3 à 6 fois par semaine pendant plus d'une heure à chaque occasion OU Quotidiennement pendant moins d'une heure à chaque occasion.	Quotidiennement pendant plus d'une heure à chaque occasion OU Plusieurs fois par jour	Continuellement

5.3. COMPORTEMENT DÉSORGANISÉS, BIZARRES, STIGMATISANT

NOTE : voir aussi avolition, p.14 ; TOC, p.42 ; isolement social, p.26

Y a-t-il récemment quelque chose dans ton style de vie que les autres pourraient qualifier d'inhabituel ou de bizarre ? Par exemple, ramasser des choses par terre, se parler, faire des mouvements ou des mimiques bizarres... etc.	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
As-tu été capable de prendre soin de toi aussi bien qu'à l'habitude (se laver, manger...) ? Est-ce que tes proches t'ont fait des remarques à ce sujet ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

Question pour les proches :

Avez-vous remarqué que le sujet se comporte d'une manière bizarre récemment ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Avez-vous senti qu'il y a quelque chose d'étrange à propos de son comportement ? Est-ce que cela a été commenté par d'autres ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Avez-vous remarqué qu'il amassait des choses, se parlait, se mouvait de façon bizarre, etc. ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

COMPORTEMENT DÉSORGANISÉS, BIZARRES, STIGMATISANT - SÉVÉRITÉ

0 Jamais, Absent	1 Douteux	2 Léger	3 Moyen	4 Modérément sévère	5 Sévère	6 Extrême
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aucun changement du comportement noté par le sujet, les proches ou pendant l'entretien.	-	Une certaine diminution des soins personnels ou un isolement social mais pas de façon marquée. Le sujet est capable de se motiver pour rectifier ce changement. Comportement légèrement étrange qui normalement n'attirerait pas l'attention des autres ou qui est réalisé en privé.	Peut nécessiter d'être poussé par les autres pour maintenir des engagements sociaux, ses occupations ou ses soins personnels. Capable d'être incité. Comportement bizarre occasionnel qui est repéré par les autres (par ex : rigoler tout seul)	Comportement légèrement excentrique, facilement repéré par les autres, par ex : se parler, amasser. Pas permanent.	Comportement clairement bizarre qui attire l'attention des autres. Occasionnant parfois des interventions de la part des autres.	Ne prend pas soin de lui/d'elle. Les comportements excentriques dominent le tableau. Peut donner lieu à des interventions de la part des autres. Les comportements bizarres peuvent avoir un impact négatif sur la santé physique. Isolement social extrême.

Date de début :

Date de fin :

FRÉQUENCE ET DURÉE

0	1	2	3	4	5	6
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Absent	Moins d'une fois par mois	Une fois par mois jusqu'à 2 fois par semaine pendant moins d'une heure à chaque occasion.	Une fois par mois jusqu'à 2 fois par semaine pendant plus d'une heure à chaque occasion OU 3 à 6 fois par semaine pendant moins d'une heure à chaque occasion	3 à 6 fois par semaine pendant plus d'une heure à chaque occasion OU Quotidiennement pendant moins d'une heure à chaque occasion.	Quotidiennement pendant plus d'une heure à chaque occasion OU Plusieurs fois par jour	Continuellement

5.4. COMPORTEMENTS AGRESSIF ET/OU DANGEREUX

T'es-tu senti fâché ou irritable récemment ? Y a-t-il une raison à cela ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
T'es-tu senti plus irrité que d'habitude par des petites choses ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
As-tu récemment été impliqué dans plus de disputes avec les autres que d'habitude ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
As-tu récemment pris davantage de risques que d'habitude ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Est-ce que les autres t'ont fait remarquer que ton comportement devenait risqué ou dangereux ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
As-tu eu l'envie de frapper des personnes ou des objets récemment, plus que d'habitude ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
As-tu été si en colère contre quelqu'un que tu as eu envie de le blesser ou de détruire ses biens ? As-tu mis tes pensées en acte ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

.....

Questions pour les proches :

Est-ce que le sujet a agi de manière agressive ou dangereuse récemment ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Y a-t-il eu de récents épisodes d'explosion de colère ou de confrontation physique ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Est-ce la façon dont le sujet se comporte normalement ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Est-ce que les autres vous ont fait part d'une augmentation de l'intensité de sa colère ou de son irritabilité ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Récemment, vous êtes-vous senti en sécurité avec le sujet ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

.....

COMPORTEMENTS AGRESSIF ET/OU DANGEREUX - SÉVÉRITÉ

0 Jamais, Absent	1 Douteux	2 Léger	3 Moyen	4 Modérément sévère	5 Sévère	6 Extrême
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aucun comportement agressif ou dangereux rapporté par le sujet ou par les autres.	-	Légère irritabilité mais non associée à une montée du comportement agressif. Peut-être attribuée à des événements par le sujet.	Augmentation plus marquée de l'irritabilité ou de la colère envers soi ou les autres. Peut être exprimé verbalement ou physiquement mais de manière contenue (par ex : coup de poing dans l'oreiller) Peut être noté seulement par le sujet.	Augmentation marquée de l'irritabilité envers les autres, exprimée par une augmentation de la propension aux confrontations verbales avec menaces d'agression physique. Noté par les autres et le sujet.	Comportement agressif entraînant des dommages aux biens ou causant des blessures aux autres. Le sujet rapporte un certain niveau de contrôle sur sa colère.	Dangerosité, colère associée à un très haut niveau de destruction, pouvant donner lieu à d'importants préjudices physiques ou matériels. Domine le tableau clinique. Peut attirer l'attention de la police, etc.

Date de début :

Date de fin :

FRÉQUENCE ET DURÉE

0	1	2	3	4	5	6
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Absent	Moins d'une fois par mois	Une fois par mois jusqu'à 2 fois par semaine pendant moins d'une heure à chaque occasion.	Une fois par mois jusqu'à 2 fois par semaine pendant plus d'une heure à chaque occasion OU 3 à 6 fois par semaine pendant moins d'une heure à chaque occasion	3 à 6 fois par semaine pendant plus d'une heure à chaque occasion OU Quotidiennement pendant moins d'une heure à chaque occasion.	Quotidiennement pendant plus d'une heure à chaque occasion OU Plusieurs fois par jour	Continuellement

PROFIL DES SYMPTÔMES

0	1	2
Sans relation avec une consommation de substance	En relation avec une consommation de substance et aussi à d'autres moments.	Observés uniquement lors d'une consommation de substance.

6 : CHANGEMENTS PHYSIQUES ET MOTEURS

6.1. PLAINTES SUBJECTIVES D'ALTÉRATION DU FONCTIONNEMENT MOTEUR (symptômes de base de Huber)

Mouvements désorganisés :

As-tu remarqué des changements dans la façon dont tu bouges, par ex : maladresse, manque de coordination, difficulté à organiser tes activités ou tes mouvements, perte des mouvements spontanés ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
As-tu remarqué si ta capacité à faire certains mouvements est perturbée par autre chose ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Est-ce que cela te demande plus d'effort ou d'énergie pour faire certains mouvements ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

.....

.....

Maniérisme, attitude :

As-tu développé de nouveaux mouvements ou de nouvelles attitudes (par ex : des tics, une façon particulière de faire les choses, imiter les autres ou prendre certaines poses) ? Peux-tu me l'expliquer ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
---	--

.....

.....

CHANGEMENT MOTEUR SUBJECTIF - SÉVÉRITÉ

0 Jamais, Absent	1 Douteux	2 Léger	3 Moyen	4 Modérément sévère	5 Sévère	6 Extrême
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aucun mouvement anormal ou difficulté somatique rapportée par le sujet.	-	Légers changements seulement. Se sent plus maladroit, manque davantage de coordination que d'habitude, se sent légèrement ralenti. Grimace occasionnellemt, allure légèrement inhabituelle.	Mêmes expériences que celles notées en 2 mais, le sujet a l'impression que le changement est plus perceptible. Rapporte pouvoir contrôler ces changements.	Changements tels que perte de coordination. Mouvements perturbés par certaines choses. Allure différent, nouvelles attitudes, tics, maniérisme. Perte de certaines habiletés antérieures.	Mêmes expériences que celles notées en 4 mais plus angoissantes. Peut inclure des épisodes de mutisme, des attitudes bizarres, peut copier les mouvements des autres (écho mimie).	Mouvements idiosyncrasiques ou clairement déformés, qui dominent le tableau clinique. Maniérisme flagrant, attitudes bizarres. Muet ou quasi muet avec seulement de très occasionnels mouvements spontanés.

Date de début :

Date de fin :

FRÉQUENCE ET DURÉE

0	1	2	3	4	5	6
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Absent	Moins d'une fois par mois	Une fois par mois jusqu'à 2 fois par semaine pendant moins d'une heure à chaque occasion.	Une fois par mois jusqu'à 2 fois par semaine pendant plus d'une heure à chaque occasion OU 3 à 6 fois par semaine pendant moins d'une heure à chaque occasion	3 à 6 fois par semaine pendant plus d'une heure à chaque occasion OU Quotidiennemt pendant moins d'une heure à chaque occasion.	Quotidiennemt pendant plus d'une heure à chaque occasion OU Plusieurs fois par jour	Continuellement

6.2. ALTÉRATION DU FONCTIONNEMENT MOTEUR OBSERVÉ OU RAPPORTÉ PAR LES PROCHES

Mouvements désorganisés :

Avez-vous remarqué des changements dans la façon dont le sujet bouge, par ex : maladresse, manque de coordination, difficulté à organiser tes activités ou tes mouvements, perte des mouvements spontanés ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Avez-vous remarqué si sa capacité à faire certains mouvements est perturbée par autre chose ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Est-ce que cela lui demande plus d'effort ou d'énergie pour faire certains mouvements ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

.....

Maniérisme, attitude :

A-t-il développé de nouveaux mouvements ou de nouvelles attitudes (par ex : des tics, une façon particulière de faire les choses, imiter les autres ou prendre certaines poses) ? Peux-on l'expliquer ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
---	--

.....

CHANGEMENT MOTEUR OBJECTIF - SÉVÉRITÉ

0 Jamais, Absent	1 Douteux	2 Léger	3 Moyen	4 Modérément sévère	5 Sévère	6 Extrême
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aucun mouvement anormal ou difficulté somatique rapportée par les proches.	-	Les proches rapportent de légers changements tels que plus maladroit, manque davantage de coordination qu'à l'habitude ou allure légèrement inhabituelle.	Mêmes expériences que celles notées en 2 mais plus marquées. Le sujet semble avoir un certain contrôle.	Les proches rapportent que le sujet a des difficultés à faire des tâches habituelles, par ex : conduire. Le sujet a aussi développé de nouveaux mouvements, par ex : démarche, nouvelles attitudes, maniérisme. Une échomimie peut aussi être rapportée.	Episodes de mutisme et des attitudes bizarres sont rapportés. Non continu, le sujet est capable de s'arrêter avec de l'aide et en faisant des efforts.	Mouvements idiosyncrasiques ou clairement déformés, qui dominent le tableau clinique. Maniérisme flagrant, attitudes bizarres. Muet ou quasi muet avec seulement de très occasionnels mouvements spontanés.

6.3. PLAINTES SUBJECTIVES D'ALTÉRATION DES SENSATIONS CORPORELLES

(*symptôme de base de Huber*)

NOTE : se rapporter également aux anomalies de la perception, p.21

Y a-t-il des modifications dans tes sensations corporelles ? (incluant sensations désagréables mais qualitativement normales : sensation de traction, de douleur, de démangeaison, de brûlure... etc.)	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Est-ce que cela t'arrive d'éprouver des sensations étranges dans ton corps (par ex : sentir que des parties de ton corps ont changé ou qu'elles fonctionnent différemment) ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Est-ce que tu penses/sens qu'il y a un problème avec une partie de ton corps ou avec ton corps tout entier, c'est-à-dire qu'il te paraît différent des autres, ou qu'il est différent d'une certaine façon ? A quel point cela te semble réel ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

PLAINTES SUBJECTIVES D'ALTÉRATION DES SENSATIONS CORPORELLES - SÉVÉRITÉ

0 Jamais, Absent	1 Douteux	2 Léger	3 Moyen	4 Modérément sévère	5 Sévère	6 Extrême
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Le sujet n'a remarqué aucun changement dans ses sensations corporelles.	-	Le sujet remarque occasionnellement de légères différences dans ses sensations corporelles. Non continuels, capable de les ignorer.	Changements plus intenses dans les sensations corporelles rapportées. Moins capable de les ignorer.	Sensations corporelles bizarres occasionnelles. Le sujet est incertain de cette expérience.	Le sujet rapporte plus de sensations bizarres ou inhabituelles. Très perturbant.	Le sujet rapporte des sensations corporelles extrêmement bizarres et inhabituelles. Peut être angoissant.

Date de début :

Date de fin :

FRÉQUENCE ET DURÉE

0	1	2	3	4	5	6
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Absent	Moins d'une fois par mois	Une fois par mois jusqu'à 2 fois par semaine pendant moins d'une heure à chaque occasion.	Une fois par mois jusqu'à 2 fois par semaine pendant plus d'une heure à chaque occasion OU 3 à 6 fois par semaine pendant moins d'une heure à chaque occasion	3 à 6 fois par semaine pendant plus d'une heure à chaque occasion OU Quotidiennement pendant moins d'une heure à chaque occasion.	Quotidiennement pendant plus d'une heure à chaque occasion OU Plusieurs fois par jour	Continuellement

PROFIL DES SYMPTÔMES

0	1	2
Sans relation avec une consommation de substance	En relation avec une consommation de substance et aussi à d'autres moments.	Observés uniquement lors d'une consommation de substance.

6.4. PLAINTES SUBJECTIVES D'ALTÉRATION DES SENSATIONS VÉGÉTATIVES

(*symptômes de base de Huber*)

Les sujets peuvent se plaindre que quelque chose ne va pas avec un, ou plusieurs éléments de leur système végétatif, tel que :

- Sensation que le cœur bat trop vite ou trop lentement, de respirer trop rapidement ou trop profondément
- Nausées,
- Sensibilité accrue aux conditions météo
- Devoir uriner plus souvent, constipation,
- Sommeil perturbé, etc.

PLAINTES SUBJECTIVES D'ALTÉRATION DES SENSATIONS VÉGÉTATIVES - SÉVÉRITÉ

0 Jamais, Absent	1 Douteux	2 Léger	3 Moyen	4 Modérément sévère	5 Sévère	6 Extrême
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rien n'est rapporté.	-	Le sujet rapporte des changements occasionnels de son système végétatif, par ex : des sensations fugaces de panique. Pas de réel impact sur ses activités.	Perception de changements plus persistants, par ex : sommeil perturbé pendant quelques nuits. Légère interférence avec ses activités habituelles.	De nombreux changements peuvent être expérimentés simultanément. Interférence modérée avec les activités habituelles.	Les perturbations du système végétatif sont angoissantes. Entraîne plus de bouleversements des activités habituelles.	Le sujet rapporte des perturbations intenses et permanentes du système végétatif. Très angoissant.

Date de début :

Date de fin :

FRÉQUENCE ET DURÉE

0	1	2	3	4	5	6
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Absent	Moins d'une fois par mois	Une fois par mois jusqu'à 2 fois par semaine pendant moins d'une heure à chaque occasion.	Une fois par mois jusqu'à 2 fois par semaine pendant plus d'une heure à chaque occasion OU 3 à 6 fois par semaine pendant moins d'une heure à chaque occasion	3 à 6 fois par semaine pendant plus d'une heure à chaque occasion OU Quotidiennement pendant moins d'une heure à chaque occasion.	Quotidiennement pendant plus d'une heure à chaque occasion OU Plusieurs fois par jour	Continuellement

PROFIL DES SYMPTÔMES

0	1	2
Sans relation avec une consommation de substance	En relation avec une consommation de substance et aussi à d'autres moments.	Observés uniquement lors d'une consommation de substance.

MANIE - SÉVÉRITÉ

0 Jamais, Absent	1 Douteux	2 Léger	3 Moyen	4 Modérément sévère	5 Sévère	6 Extrême
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aucune élévation de l'humeur observée ou rapportée. Aucun changement dans l'opinion de soi-même dans l'énergie.	-	Joyeux sans trop de raison. Innombrables sentiments de bien-être qui persistent ou légère labilité de l'humeur. Fait preuve d'une assurance importante (sans raison valable) mais encore dans des limites normales. OU Légère irritabilité.	Rapporte d'excessifs sentiments de bien-être, ou de joie sans raison sous-jacente. Quelques fois inapproprié aux circonstances. Niveau d'excitation plus marqué. Sentiment d'importance de soi plus prononcé. Idées surestimées non délirantes OU Modérément irritable.	Sentiment d'optimisme, de joie ou d'élévation de l'humeur plus persistants. Humeur capable d'être changée seulement avec difficulté. Sujet conscient de la nature inappropriée de ses sentiments. Le comportement peut refléter l'élévation de l'humeur. Véritables idées de grandeur ou certitude en des pouvoirs spéciaux mais pas tout le temps. Irritabilité plus marquée flagrante ou rapportée par les autres.	Humeur élevée et inappropriée la plupart du temps. Quelques certitudes délirantes à propos de ses propres pouvoirs et/ou habiletés. Très distractible, associations relâchées. Entretien difficile.	Le sujet rapporte se sentir exalté, euphorique, augmentation de l'énergie, agitation. Le comportement peut être destructeur : dépenses, activités sexuelles excessives, etc. Croyances délirantes de grandeur, de pouvoir. Facilement distractible, entretien très difficile. Le sujet est manifestement irritable.

Date de début :

Date de fin :

FRÉQUENCE ET DURÉE

0	1	2	3	4	5	6
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Absent	Moins d'une fois par mois	Une fois par mois jusqu'à 2 fois par semaine pendant moins d'une heure à chaque occasion.	Une fois par mois jusqu'à 2 fois par semaine pendant plus d'une heure à chaque occasion OU 3 à 6 fois par semaine pendant moins d'une heure à chaque occasion	3 à 6 fois par semaine pendant plus d'une heure à chaque occasion OU Quotidiennement pendant moins d'une heure à chaque occasion.	Quotidiennement pendant plus d'une heure à chaque occasion OU Plusieurs fois par jour	Continuellement

PROFIL DES SYMPTÔMES

0	1	2
Sans relation avec une consommation de substance	En relation avec une consommation de substance et aussi à d'autres moments.	Observés uniquement lors d'une consommation de substance.

DÉPRESSION - SÉVÉRITÉ

0 Jamais, Absent	1 Douteux	2 Léger	3 Moyen	4 Modérément sévère	5 Sévère	6 Extrême
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aucune humeur dépressive rapportée. Aucun signe physique de dépression.	-	Quelques sentiments de tristesse. Ne domine pas le tableau clinique. Capable de se distraire de ses pensées dépressives. Les thèmes dépressifs ne sont pas abordés spontanément.	Baisse de l'humeur plus apparente et plus soutenue. Plus difficile de changer d'humeur. La baisse de l'humeur peut avoir de l'impact sur le niveau de motivation, mais n'interfère pas avec le fonctionnement. Peut verser quelques larmes ou montrer de la tristesse lors de l'entretien.	Signes forts en faveur d'une baisse de l'humeur. Baisse de la capacité à réagir aux événements agréables. Accès de larmes plus réguliers.	Dépression sévère, incapable de changer d'humeur. Aucune évidence d'une composante délirante. Idées de suicide mais pas de passage à l'acte. Changements biologiques compatibles avec une baisse de l'humeur (troubles du sommeil, de l'appétit) Très peu d'énergie.	Se sent abject, misérable. Composante délirante de l'humeur, par ex : nihiliste. Intentions suicidaires plus marquées et comportements associés.

Date de début :

Date de fin :

FRÉQUENCE ET DURÉE

0	1	2	3	4	5	6
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Absent	Moins d'une fois par mois	Une fois par mois jusqu'à 2 fois par semaine pendant moins d'une heure à chaque occasion.	Une fois par mois jusqu'à 2 fois par semaine pendant plus d'une heure à chaque occasion OU 3 à 6 fois par semaine pendant moins d'une heure à chaque occasion	3 à 6 fois par semaine pendant plus d'une heure à chaque occasion OU Quotidiennement pendant moins d'une heure à chaque occasion.	Quotidiennement pendant plus d'une heure à chaque occasion OU Plusieurs fois par jour	Continuellement

PROFIL DES SYMPTÔMES

0	1	2
Sans relation avec une consommation de substance	En relation avec une consommation de substance et aussi à d'autres moments.	Observés uniquement lors d'une consommation de substance.

7.3. INTENTION SUICIDAIRE et AUTOMUTILATION

As-tu eu récemment l'intention de te faire du mal ou de te tuer ? Combien de toi as-tu eu ces pensées ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
As-tu pensé à comment tu t'y prendrais ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Es-tu déjà passé à l'acte ? Que s'est-il passé ? As-tu mis certaines idées en acte ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Pensais-tu réellement que tu risquais de mourir quand tu as fait ce geste ? Ou était-ce un appel au secours ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

INTENTION SUICIDAIRE - SÉVÉRITÉ

0 Jamais, Absent	1 Douteux	2 Léger	3 Moyen	4 Modérément sévère	5 Sévère	6 Extrême
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Non présent.	-	Pensées occasionnelles d'être fatigué de vivre. Pensées occasionnelles d'automutilation Aucune idée ou plan de suicide.	Sentiment que ce serait mieux d'être mort. Idées suicidaires avec plan vague. Capable d'être distrait de ses pensées avec un certain effort. OU Actes mineurs d'automutilations (légères égratignures, etc)	Idées suicidaires plus fréquentes avec plan associé. Peut envisager une tentative avec un plan défini. OU Tentatives impulsives utilisant une méthode non-létale ou en sachant pouvoir être sauvé.	Expression claire d'une volonté de mourir (de se tuer) OU Tentative potentiellement sérieuse ou mortelle mais il existait une possibilité d'être sauvé.	Plan et tentative spécifiquement définis. OU Tentative sérieuse qui aurait pu être fatale.

Date de début :

Date de fin :

FRÉQUENCE ET DURÉE

0	1	2	3	4	5	6
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Absent	Moins d'une fois par mois	Une fois par mois jusqu'à 2 fois par semaine pendant moins d'une heure à chaque occasion.	Une fois par mois jusqu'à 2 fois par semaine pendant plus d'une heure à chaque occasion OU 3 à 6 fois par semaine pendant moins d'une heure à chaque occasion	3 à 6 fois par semaine pendant plus d'une heure à chaque occasion OU Quotidiennement pendant moins d'une heure à chaque occasion.	Quotidiennement pendant plus d'une heure à chaque occasion OU Plusieurs fois par jour	Continuellement

PROFIL DES SYMPTÔMES

0	1	2
Sans relation avec une consommation de substance	En relation avec une consommation de substance et aussi à d'autres moments.	Observés uniquement lors d'une consommation de substance.

7.4. SAUTES D'HUMEUR et LABILITÉ DE L'HUMEUR

As-tu des sautes d'humeur récemment ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
As-tu senti que ton humeur variait de haut en bas sans raison apparente ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Te sens-tu joyeux un moment puis triste (ou irritable) la minute suivante, sans pouvoir l'expliquer ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
A quelle fréquence cela se produit-il ?
Est-ce que cela survient en réponse à une prise de drogue ou à certains événements ? Est-ce que les autres ont fait des commentaires à ce sujet ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Combien de fois est-ce arrivé ?

SAUTES D'HUMEUR - SÉVÉRITÉ

0 Jamais, Absent	1 Douteux	2 Léger	3 Moyen	4 Modérément sévère	5 Sévère	6 Extrême
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pas de sautes d'humeur rapportées ou constatées.	-	Le sujet rapporte ressentir des changements d'humeur plus facilement que d'habitude. Changements plus marqués en réponse à des événements externes. Non remarqué et/ou non rapporté par les autres.	Le sujet rapporte des changements d'humeur plus extrêmes. Sentiment que l'humeur est quelquefois hors contrôle.	Expériences de sautes d'humeur plus envahissantes. Notées par les autres. Pénibles. Interfèrent avec les activités normales.	Sautes d'humeur expérimentées presque tous les jours. Interférence significative avec les activités normales.	Le sujet rapporte que l'humeur change constamment et est complètement hors contrôle. Incapable de maintenir un niveau d'activité normal.

Date de début :

Date de fin :

FRÉQUENCE ET DURÉE

0	1	2	3	4	5	6
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Absent	Moins d'une fois par mois	Une fois par mois jusqu'à 2 fois par semaine pendant moins d'une heure à chaque occasion.	Une fois par mois jusqu'à 2 fois par semaine pendant plus d'une heure à chaque occasion OU 3 à 6 fois par semaine pendant moins d'une heure à chaque occasion	3 à 6 fois par semaine pendant plus d'une heure à chaque occasion OU Quotidiennement pendant moins d'une heure à chaque occasion.	Quotidiennement pendant plus d'une heure à chaque occasion OU Plusieurs fois par jour	Continuellement

PROFIL DES SYMPTÔMES

0	1	2
Sans relation avec une consommation de substance	En relation avec une consommation de substance et aussi à d'autres moments.	Observés uniquement lors d'une consommation de substance.

7.5. ANXIÉTÉ

T'es-tu senti nerveux ou anxieux récemment ? Y a-t-il une raison pour cela ? Combien de fois t'es-tu senti ainsi ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Pendant combien de temps ce sentiment a-t-il duré ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
As-tu eu des moments de panique dernièrement ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
As-tu eu des moments où ton souffle était coupé, le cœur battant rapidement, les mains humides, un picotement des doigts, etc. sans raison apparente ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
As-tu une phobie, par exemple avoir très peur des chiens, des araignées, du noir, de la foule... etc.	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
T'es-tu senti nerveux en présence des autres récemment (différencier l'anxiété sociale de la méfiance) ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

ANXIÉTÉ - SÉVÉRITÉ

0 Jamais, Absent	1 Douteux	2 Léger	3 Moyen	4 Modérément sévère	5 Sévère	6 Extrême
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aucun signe d'anxiété, aucune anxiété rapportée.	-	Préoccupations mineures. Capable de s'en distraire, d'oublier. OU Légers signes physiques d'anxiété.	Préoccupations modérées mais le niveau de l'anxiété reste dans une gamme appropriée à l'événement. OU Symptômes physiques modérés d'anxiété.	Niveau d'anxiété interférant légèrement avec les activités normales. Quelques préoccupations sur le déclenchement possible d'une crise. OU Signes physiques plus marqués.	Préoccupations plus marquées avec de la peur, un sentiment de crainte. OU Symptômes physiques d'anxiété et d'angoisse. Envahissant.	Niveau d'anxiété invalidant, sentiment de panique, terrifié.

Date de début :

Date de fin :

FRÉQUENCE ET DURÉE

0	1	2	3	4	5	6
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Absent	Moins d'une fois par mois	Une fois par mois jusqu'à 2 fois par semaine pendant moins d'une heure à chaque occasion.	Une fois par mois jusqu'à 2 fois par semaine pendant plus d'une heure à chaque occasion OU 3 à 6 fois par semaine pendant moins d'une heure à chaque occasion	3 à 6 fois par semaine pendant plus d'une heure à chaque occasion OU Quotidiennement pendant moins d'une heure à chaque occasion.	Quotidiennement pendant plus d'une heure à chaque occasion OU Plusieurs fois par jour	Continuellement

PROFIL DES SYMPTÔMES

0	1	2
Sans relation avec une consommation de substance	En relation avec une consommation de substance et aussi à d'autres moments.	Observés uniquement lors d'une consommation de substance.

7.6. TOC

As-tu des pensées intrusives ou angoissantes qui tournent dans ta tête ou qui reviennent sans arrêt dans ton esprit et que tu ne peux pas arrêter ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
As-tu certains comportements répétitifs que tu te sens obligé de faire ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Est-ce qu'il y a des choses que tu dois faire pour éviter aux « mauvaises choses » d'arriver (comme des rituels, ou des superstitions... etc.) ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Est-ce que tu dois faire les choses d'une certaine façon, sinon tu te sens extrêmement anxieux ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Est-ce que tu vérifies des choses de façon répétitive, comme fermer la lumière plusieurs fois, vérifier les appareils électriques ou à gaz, vérifier que la porte soit bien fermée, etc. ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

TOC - SÉVÉRITÉ

0 Jamais, Absent	1 Douteux	2 Léger	3 Moyen	4 Modérément sévère	5 Sévère	6 Extrême
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aucune pensée obsessionnelle ou rumination. Aucun comportement compulsif.	-	Quelques ruminations ou compulsions rapportées mais n'interférant pas avec les activités normales. Peu de temps passé. Capable de s'en distraire.	Quelques comportements compulsifs en réponse aux pensées obsessionnelles mais le sujet est capable de les contrôler. OU Les compulsions ne gênent pas les autres activités.	Pensées obsessionnelles qui déconcertent le sujet. Interfèrent avec la capacité à accomplir le travail et/ou les études. OU Les compulsions ne sont pas restreintes à la maison ou à l'environnement privé.	Pensées ou compulsions obsessionnelles très pénibles. OU Compulsions presque constamment remarquées par les autres.	Pensées obsessionnelles de nature quasi-délinante. OU Compulsions qui interfèrent avec les autres activités ou menacent la santé physique (c'est-à-dire amasser des ordures, nettoyage excessif du corps).

Date de début :

Date de fin :

FRÉQUENCE ET DURÉE

0	1	2	3	4	5	6
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Absent	Moins d'une fois par mois	Une fois par mois jusqu'à 2 fois par semaine pendant moins d'une heure à chaque occasion.	Une fois par mois jusqu'à 2 fois par semaine pendant plus d'une heure à chaque occasion OU 3 à 6 fois par semaine pendant moins d'une heure à chaque occasion	3 à 6 fois par semaine pendant plus d'une heure à chaque occasion OU Quotidiennement pendant moins d'une heure à chaque occasion.	Quotidiennement pendant plus d'une heure à chaque occasion OU Plusieurs fois par jour	Continuellement

PROFIL DES SYMPTÔMES

0	1	2
Sans relation avec une consommation de substance	En relation avec une consommation de substance et aussi à d'autres moments.	Observés uniquement lors d'une consommation de substance.

7.7. SYMPTÔMES DISSOCIATIFS

Dépersonnalisation

As-tu déjà eu l'impression d'être irréel, comme si tu étais à l'extérieur de ton propre corps ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Ou bien qu'une partie de ton corps ne t'appartenait pas ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

.....

.....

Déréalisation

NOTE : voir aussi idées nihilistes, p.19

As-tu déjà eu l'impression que les choses autour de toi étaient irréelles ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
---	--

.....

.....

Problèmes de dissociation de la mémoire

NOTE : voir aussi changements cognitifs, p.4

T'es-tu déjà retrouvé loin de tes déplacements habituels, sans avoir comment tu t'étais retrouvé là, un peu comme si tu avais eu une absence ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Étais-tu stressé à ce moment-là ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

.....

.....

SYMPTÔMES DISSOCIATIFS - SÉVÉRITÉ

0 Jamais, Absent	1 Douteux	2 Léger	3 Moyen	4 Modérément sévère	5 Sévère	6 Extrême
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pas de sentiment de dépersonnalisation et/ou de déréalisation.	-	Légers sentiments de dépersonnalisation et/ou déréalisation. Pas gênant, ni angoissant.	Expériences dissociatives plus marquées. Quelques préoccupations exprimées par le sujet mais pas de façon marquée.	Expériences dissociatives associées avec un accroissement des préoccupations. Angoisses à propos de ces expériences.	Détresse due aux expériences dissociatives. Interfère d'une certaine façon avec les activités habituelles (c'est-à-dire doit quitter le travail, l'école ou l'événement social).	Sentiments de dépersonnalisation et/ou déréalisation extrêmement angoissant. Sentiment d'une extrême distance d'avec les autres. Périodes où le sujet est incapable de décrire ce qu'il était en train de faire, où il était, etc.

Date de début :

Date de fin :

FRÉQUENCE ET DURÉE

0	1	2	3	4	5	6
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Absent	Moins d'une fois par mois	Une fois par mois jusqu'à 2 fois par semaine pendant moins d'une heure à chaque occasion.	Une fois par mois jusqu'à 2 fois par semaine pendant plus d'une heure à chaque occasion OU 3 à 6 fois par semaine pendant moins d'une heure à chaque occasion	3 à 6 fois par semaine pendant plus d'une heure à chaque occasion OU Quotidiennement pendant moins d'une heure à chaque occasion.	Quotidiennement pendant plus d'une heure à chaque occasion OU Plusieurs fois par jour	Continuellement

PROFIL DES SYMPTÔMES

0	1	2
Sans relation avec une consommation de substance	En relation avec une consommation de substance et aussi à d'autres moments.	Observés uniquement lors d'une consommation de substance.

7.8. DIMINUTION DE LA TOLÉRANCE AU STRESS HABITUEL

(*symptôme de base de Huber*)

As-tu remarqué un changement dans la façon dont tu gères le stress quotidien ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
T'es-tu senti moins capable de gérer ou de moins bien tolérer le stress quotidien qu'auparavant ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Lorsque tu es soumis aux stress du quotidien, es-tu devenu plus irritable, inquiet, tendu, nerveux ou anxieux ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
As-tu trouvé que des stress ordinaires augmentent les difficultés que tu ressens ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

DIMINUTION DE LA TOLÉRANCE AU STRESS HABITUEL - SÉVÉRITÉ

0 Jamais, Absent	1 Douteux	2 Léger	3 Moyen	4 Modérément sévère	5 Sévère	6 Extrême
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aucune baisse subjective de la tolérance au stress normal.	-	Rares ou légers sentiments de ne pas gérer aussi bien qu'auparavant.	Se sent légèrement stressé face aux situations qui seraient normalement gérées facilement. Légère anxiété face au stress quotidien mais encore capable de la gérer.	Sentiments plus marqués de grande anxiété ou de tension face au stress quotidien mais capable d'assumer les tâches quotidiennes. Se sent incapable de gérer des situations plus stressantes. Peut se sentir anxieux sans raison mais peu fréquemment..	Sentiments de grande anxiété ou de tension face au stress quotidien. Quelquefois anxieux sans aucune raison.	Extrême incapacité, même pour des événements banaux ou des préoccupations mineures aboutissant au sentiment d'être dépassé et paniqué. Très anxieux tout le temps, même sans raison apparente. Incapable de s'adapter à des situations nouvelles.

Date de début :

Date de fin :

FRÉQUENCE ET DURÉE

0	1	2	3	4	5	6
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Absent	Moins d'une fois par mois	Une fois par mois jusqu'à 2 fois par semaine pendant moins d'une heure à chaque occasion.	Une fois par mois jusqu'à 2 fois par semaine pendant plus d'une heure à chaque occasion OU 3 à 6 fois par semaine pendant moins d'une heure à chaque occasion	3 à 6 fois par semaine pendant plus d'une heure à chaque occasion OU Quotidiennement pendant moins d'une heure à chaque occasion.	Quotidiennement pendant plus d'une heure à chaque occasion OU Plusieurs fois par jour	Continuellement

PROFIL DES SYMPTÔMES

0	1	2
Sans relation avec une consommation de substance	En relation avec une consommation de substance et aussi à d'autres moments.	Observés uniquement lors d'une consommation de substance.

8 : CRITÈRES D'INCLUSION

GROUPE 1 : GROUPE DE VULNÉRABILITÉ

Ce critère identifie des jeunes sujets à risque de psychose à cause de l'association d'un facteur de risque « trait » et d'une détérioration significative de l'état mental ou du fonctionnement.

	OUI	NON
Histoire familial de psychose chez des parents du premier degré OU Personnalité schizotypique du sujet.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
PLUS		
Chute de plus de 30% du score de la SOFAS par rapport au niveau prémorbide, avérée pendant un mois, qui s'est produite durant les 12 derniers mois OU Score de la SOFAS \leq 50 pendant au moins les 12 derniers mois.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

CRITÈRE POUR LE GROUPE 1 – Groupe de vulnérabilité	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
---	--------------------------	--------------------------

GROUPE 2 : GROUPE PSYCHOSE ATTÉNUÉE

Ce critère identifie des jeunes sujets à risque de psychose à cause d'un syndrome psychotique infraliminaire. C'est-à-dire qu'ils présentent des symptômes qui n'atteignent pas le seuil fixé pour la psychose à cause d'une intensité inférieure au seuil (les symptômes ne sont pas assez sévères) ou ils présentent des symptômes psychotiques mais avec une fréquence inférieure au seuil (les symptômes ne se manifestent pas assez souvent).

	OUI	NON
2a) INTENSITÉ INFRALIMINAIRE		
Score de la sévérité de 3-5 pour les TROUBLES DU CONTENU DE LA PENSÉE, 3-5 pour les IDÉES NON-BIZARRES, 3-4 pour les ANOMALIES DE LA PERCEPTION ou 4-5 pour le DISCOURS DÉSORGANISÉ.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
PLUS		
Score de la fréquence de 3-6 pour les TROUBLES DU CONTENU DE LA PENSÉE, les IDÉES NON-BIZARRES, les ANOMALIES DE LA PERCEPTION ou le DISCOURS DÉSORGANISÉ pendant au moins 1 semaine. OU Score de la fréquence de 2 pour les TROUBLES DU CONTENU DE LA PENSÉE, 6 pour les IDÉES NON-BIZARRES, 5-6 pour les ANOMALIES DE LA PERCEPTION ou 6 pour le DISCOURS DÉSORGANISÉ.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2b) FRÉQUENCE INFRALIMINAIRE		
Score de la sévérité de 6 pour les TROUBLES DU CONTENU DE LA PENSÉE, 6 pour les IDÉES NON-BIZARRES, 5-6 pour les ANOMALIES DE LA PERCEPTION ou 6 pour le DISCOURS DÉSORGANISÉ.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
PLUS		
Score de la fréquence de 3 pour les TROUBLES DU CONTENU DE LA PENSÉE, les IDÉES NON-BIZARRES, les ANOMALIES DE LA PERCEPTION ou le DISCOURS DÉSORGANISÉ.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
PLUS (pour les 2 catégories)		
Symptômes présents pendant l'année précédente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
PLUS (pour les 2 catégories)		
Chute de plus de 30% du score de la SOFAS par rapport au niveau prémorbide, avérée pendant un mois qui s'est produite durant les 12 derniers mois. OU un score de la SOFAS \leq à 50 pendant au moins les 12 derniers mois.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

CRITÈRE POUR LE GROUPE 2 – Groupe de Psychose Atténuée	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
---	--------------------------	--------------------------

GROUPE 3 : GROUPE BLIPS

(Brief, Limited or Intermittent Psychotic Symptoms – Symptômes psychotiques brefs, limités ou intermittents)

Ce critère identifie des jeunes sujets à risque de psychose à cause d'une histoire récente de symptômes psychotiques francs qui ont disparu spontanément (sans médicaments antipsychotiques) en moins d'une semaine.

	OUI	NON
Score de la sévérité de 6 pour les TROUBLES DU CONTENU DE LA PENSÉE, 6 pour les IDÉES NON-BIZARRES, 5-6 pour les ANOMALIES DE LA PERCEPTION ou 6 pour le DISCOURS DÉSORGANISÉ.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
PLUS		
Score de la fréquence de 4-6 pour les TROUBLES DU CONTENU DE LA PENSÉE, les IDÉES NON-BIZARRES, les ANOMALIES DE LA PERCEPTION ou le DISCOURS DÉSORGANISÉ.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
PLUS		
Chaque épisode symptomatique est présent pendant moins d'une semaine et les symptômes disparaissent spontanément à chaque fois.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
PLUS		
Symptômes présents pendant l'année précédente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
PLUS		
Chute de plus de 30% du score de la SOFAS par rapport au niveau prémorbide, avérée pendant un mois qui s'est produite durant les 12 derniers mois. OU un score de la SOFAS ≤ à 50 pendant au moins les 12 derniers mois.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

CRITÈRE POUR LE GROUPE 3 – Groupe BLIPS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--	--------------------------	--------------------------

9 : SEUIL DE PSYCHOSE – SEUIL DE TRAITEMENT ANTIPSYCHOTIQUE

	OUI	NON
Score de la sévérité de 6 pour les TROUBLES DU CONTENU DE LA PENSÉE, 6 pour les IDÉES NON-BIZARRES, 5-6 pour les ANOMALIES DE LA PERCEPTION ou 6 pour le DISCOURS DÉSORGANISÉ.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
PLUS		
Score de la fréquence de 4-6 pour les TROUBLES DU CONTENU DE LA PENSÉE, les IDÉES NON-BIZARRES, les ANOMALIES DE LA PERCEPTION ou le DISCOURS DÉSORGANISÉ.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
PLUS		
Les symptômes sont présents pendant plus d'une semaine.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

CRITÈRE POUR LE SEUIL DE PSYCHOSE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--	--------------------------	--------------------------

10 : SEUIL DE RETRAIT DE L'ÉTUDE (LEVÉE DE L'AVEUGLE)

	OUI	NON
Score de la sévérité de 5 ou plus pour les COMPORTEMENT AGRESSIF/DANGEREUX ou INTENTION SUICIDAIRE ET AUTOMUTILATION. <i>Note : ceci doit être considéré indépendamment du degré de psychose.</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

CRITÈRE DE RETRAIT DE L'ÉTUDE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------------------	--------------------------	--------------------------

ÉCHELLE D'ÉVALUATION DU FONCTIONNEMENT SOCIAL ET PROFESSIONNEL (SOFAS)

Évaluer la fonctionnemeⁿt social et professionnel sur un continuum allant d'un fonctionnemeⁿt excellent à un fonctionnemeⁿt altéré de façon massive. Inclure les altérations du fonctionnemeⁿt dues à des causes physiques au même titre que celle dues à des causes psychiques. Pour être prise en compte, l'altération doit être la cause directe de problèmes de santé mentale et physique. Ne pas tenir compte des conséquences d'un manque d'occasions ou d'autres facteurs limitants d'ordre environnemental.

NOTE	<i>(NB : utiliser des notes intermédiaires lorsque cela est justifié, par exemple 45, 68, 72)</i>
100 91 90 81 80 71 70 61 60 51 50 41 40 31 30 21 20 11 10 1	<p>Niveau supérieur de fonctionnement dans une grande variété d'activités.</p> <p>Fonctionnement satisfaisant dans tous les domaines, professionnellement et socialement efficace.</p> <p>Légère altération du fonctionnement social, professionnel ou scolaire (par ex : conflit interpersonnel occasionnel, retard temporaire dans le travail scolaire)</p> <p>Quelques difficultés d'intensité moyenne dans le fonctionnement social, professionnel ou scolaire mais fonctionne assez bien de façon générale et entretient plusieurs relations interpersonnelles positives.</p> <p>Difficultés d'intensité moyenne dans le fonctionnement social, professionnel ou scolaire (par ex : peu d'amis, conflits avec les camarades de classe ou les collègues de travail)</p> <p>Altération importante du fonctionnement social, professionnel ou scolaire (par ex : absence d'amis, incapacité à garder un emploi)</p> <p>Altération majeure du fonctionnement dans plusieurs domaines comme le travail, l'école ou les relations familiales (par ex : un homme déprimé évite ses amis, néglige sa famille, et est incapable de travailler ; un enfant bat fréquemment des enfants plus jeunes que lui, se montre provoquant à la maison et échoue à l'école)</p> <p>Incapacité à fonctionner dans presque tous les domaines (par ex : reste au lit toute la journée, absence de travail, de foyer ou d'amis)</p> <p>Incapacité intermittente à maintenir une hygiène corporelle minimum. Incapable de fonctionner de façon autonome.</p> <p>Incapacité durable à maintenir une hygiène corporelle minimum. Incapable de fonctionner sans se faire du mal ou faire du mal à autrui ou en l'absence d'une assistance par des tiers importante (par ex : nursing et surveillance).</p>
0	Information inadéquate

Score ACTUEL : _____

**EARLY DETECTION OF SUBJECTS AT HIGH RISK OF
PSYCHOTIC TRANSITION IN THERAPEUTIC, EDUCATIONAL AND
PEDAGOGICAL INSTITUTES: NATIONAL SURVEY AND
EXPLORATORY STUDY**

ABSTRACT :

A national survey was conducted among physicians working in Therapeutic, Educational and Pedagogical Institutes (Instituts Thérapeutiques, Éducatifs et Pédagogiques, ITEP), in order to make an inventory of the knowledge of the concept of "subjects at high risk of psychotic transition" and question the relevance of early detection within these institutions.

Physicians are in favor of early detection of psychotic disorders in ITEP (82.6%), but few believe it should be systematic (11.6%). The proposed model and its detection tools are still not very well-known (15.9% of physicians). The obstacles to its implementation are theoretical and related to the lack of medical time, as 45.6% of practitioners work one day or less per week in ITEP.

The implementation of such a model depends, according to the practitioners interviewed, on a solid partnership with the health sector.

KEYWORDS : therapeutic, educational and pedagogical institutes ; institut thérapeutique, éducatif et pédagogique (ITEP) ; subject at high risk of psychotic transition ; early detection ; schizophrenia ; *Comprehensive Assessment of At Risk Mental State* (CAARMS)

Université Toulouse III-Paul Sabatier
Faculté de médecine Toulouse-Purpan,
37 Allées Jules Guesde 31000 Toulouse

Thesis research supervisors : Dr Clara LETAMENDIA et Dr Michel VIGNES

**REPÉRAGE PRÉCOCE DES SUJETS A HAUT RISQUE DE
TRANSITION PSYCHOTIQUE EN INSTITUT THÉRAPEUTIQUE,
ÉDUCATIF ET PÉDAGOGIQUE : ENQUÊTE NATIONALE ET ÉTUDE
EXPLORATOIRE**

RÉSUMÉ EN FRANÇAIS :

Une enquête nationale a été menée auprès des médecins travaillant en institut thérapeutique, éducatif et pédagogique (ITEP), afin d'effectuer un état des lieux des connaissances sur le concept de « sujets à haut risque de transition psychotique » et interroger la pertinence d'un repérage précoce au sein de ces institutions.

Les médecins sont favorables au repérage précoce des troubles psychotiques en ITEP (82,6 %), mais peu estiment qu'il doit être systématique (11,6 %). Le modèle proposé et ses outils de repérage sont encore peu connus (15,9 % des médecins). Les freins à sa mise en place sont d'ordre théorique et liés au manque de temps médical, 45,6 % des praticiens travaillant un jour ou moins par semaine en ITEP.

La mise en place d'un tel modèle passe, d'après les praticiens interrogés, par un partenariat solide avec le secteur sanitaire.

TITRE EN ANGLAIS : voir au recto de la dernière page de la thèse

DISCIPLINE ADMINISTRATIVE : Médecine spécialisée clinique

MOTS-CLÉS : institut thérapeutique, éducatif et pédagogique (ITEP), sujet à risque de transition psychotique, repérage précoce, schizophrénie, *Comprehensive Assessment of At Risk Mental State* (CAARMS)

INTITULÉ ET ADRESSE DE L'UFR OU DU LABORATOIRE :

Université Toulouse III-Paul Sabatier
Faculté de médecine Toulouse-Purpan,
37 Allées Jules Guesde 31000 Toulouse

Directeur de thèse : Docteur Clara LETAMENDIA

Co-directeur de thèse : Dr Michel VIGNES