



**HAL**  
open science

# Repérage précoce des psychoses débutantes en pratique courante : à partir d'une étude de 46 patients au service d'accueil des urgences de Clermont-Ferrand

Chloé Schmitt

## ► To cite this version:

Chloé Schmitt. Repérage précoce des psychoses débutantes en pratique courante : à partir d'une étude de 46 patients au service d'accueil des urgences de Clermont-Ferrand. Médecine humaine et pathologie. 2017. dumas-01820267

**HAL Id: dumas-01820267**

**<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01820267>**

Submitted on 21 Jun 2018

**HAL** is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

UNIVERSITE CLERMONT AUVERGNE

UFR DE MEDECINE

THESE

pour le

DOCTORAT EN MEDECINE  
(Diplôme d'Etat)

PAR

SCHMITT Chloé Marguerite Marie, née à Metz le 10 janvier 1986

Présentée et soutenue publiquement le 27 novembre 2017

REPERAGE PRECOCE DES PSYCHOSES DEBUTANTES  
EN PRATIQUE COURANTE.

A PARTIR D'UNE ETUDE DE 46 PATIENTS AU SERVICE  
D'ACCUEIL DES URGENCES DE CLERMONT FERRAND.

Président : M. le Professeur Georges BROUSSE

Membres du jury : M. Le Professeur Pierre-Michel LLORCA  
Mme Le Professeur Isabelle JALENQUES  
M. Le Professeur Laurent GERBAUD  
M. Le Professeur Jeannot SCHMIDT  
Mme Le Docteur Julie GENESTE

## A NOTRE PRESIDENT DE THESE

**Monsieur le Professeur Georges BROUSSE**

Nous vous remercions de nous avoir fait l'honneur de président ce jury et de juger du travail de thèse.

Nous avons un profond respect pour votre savoir, votre expérience, vos qualités tant professionnelles qu'humaines.

## A NOTRE JURY DE THESE

### **A Monsieur le Professeur Pierre-Michel LLORCA**

Vous nous avez fait l'honneur de diriger ce travail de thèse et nous tenons à vous remercier pour votre aide précieuse à l'élaboration de ce travail et pour votre disponibilité aux moments-clés de sa rédaction. Nous avons un profond respect devant votre savoir, votre expérience et votre finesse clinique.

### **A Madame le Professeur Isabelle JALENQUES**

Vous vous sommes reconnaissants d'avoir accepté d'être parmi ce jury. Nous considérons avec respect vos connaissances et compétences, ainsi que vos qualités pédagogiques.

### **A Monsieur le Professeur Laurent GERBAUD**

Nous vous remercions d'avoir accepté de participer à notre jury de thèse, en nous prêtant ainsi votre regard averti de spécialiste en Santé Publique.

### **A Monsieur le Professeur Jeannot SCHMIDT**

Nous vous remercions et nous sommes honorés de votre participation à ce jury de thèse. Nous avons un profond respect pour vos connaissances et compétences spécifiques, et nous considérons votre vision globale en tant que chef de pôle des Urgences et votre dialogue avec vos confrères psychiatres comme une richesse.

**A Madame le Docteur Julie GENESTE**

Nous vous remercions chaleureusement d'avoir accepté de participer à ce jury. Nous vous sommes particulièrement reconnaissants de nous avoir accompagnés avec constance et disponibilité tout au long de nos deux stages au sein des Urgences Psychiatrique et d'avoir accepté la direction de notre mémoire de spécialité. Nous avons apprécié vos qualités didactiques, professionnelles, et de bienveillance et d'écoute. Nous tenons à vous remercier sincèrement pour la confiance que vous nous avez accordés.

# TABLE DES MATIERES

## INTRODUCTION

### I-CLINIQUE DES PSYCHOSES DEBUTANTES

1. Psychose ou schizophrénie, la prudence diagnostique
2. Les différentes phases évolutives de la schizophrénie
3. Les débuts de la maladie : une clinique aspécifique confondante et des signes discrets atténués
  - 3.1 Généralités
  - 3.2 Descriptions des auteurs classiques
  - 3.3 Descriptions cliniques plus récentes et contemporaines

### II-REPERAGE PRECOCE DES PSYCHOSES DEBUTANTES :

#### INTERET DE L'ETUDE DE LA DUREE DE PSYCHOSE NON TRAITEE ET ACTEURS CLEFS DU REPERAGE

1. Durées de psychose et de maladie non traitées
2. Les principaux acteurs du repérage
  - 2.1 Milieu scolaire, universitaire, professionnel
  - 2.2 Secteur médico-social ; les ITEP
  - 2.3 Maisons des Adolescents
  - 2.4 Les médecins généralistes
  - 2.5 Les Services d'Urgences

### III-ETUDE AU SEIN DE L'ACCUEIL DES URGENCES DE CLERMONT FERRAND

1. Présentation de l'étude, matériel et méthode
  - 1.1 Présentation et *design* de l'étude
  - 1.2 Recueil des données et critères d'inclusion

### 1.3 Critères d'exclusion

## 2. Résultats

### 2.1 Résultats principaux

### 2.2 Résultats secondaires

## 3. Discussion

### 3.1 Les services d'accueil des urgences adultes, un avant-poste du repérage

### 3.2 Des motifs de recours aux soins variés

### 3.3 Le dépistage en question

#### 3.3.1 Intérêt de la détection précoce

#### 3.3.2 Qui, quoi repérer et comment ? Cadre conceptuel et outils du dépistage

#### 3.3.3 Limites d'un dépistage aux urgences et en règle générale

## 4. Perspectives : apports du courant phénoménologique au repérage des psychoses débutantes

## INTRODUCTION

La schizophrénie est une maladie relativement fréquente - prévalence mondiale autour de 0.7%, 1% en France avec une incidence annuelle de 10 000 nouveaux cas. Elle est classée par l'OMS (Organisation Mondiale de la Santé) dans le groupe des dix maladies entraînant le plus d'invalidité. Malgré son importance en terme de fréquence, de morbi-mortalité et d'invalidité, elle est souvent diagnostiquée tardivement. Son repérage précoce est en effet difficile, en raison des premières manifestations cliniques aspécifiques ou relativement spécifiques mais atténuées. A ce jour, la littérature scientifique dans l'ensemble souligne l'intérêt de réduire la durée de psychose non traitée, et par conséquent de repérer précocement la maladie.

Les acteurs de première ligne du repérage des psychoses débutantes, qui vont des professionnels du milieu scolaire à ceux des soins de premier recours, dont les services d'accueil des urgences (SAU), peuvent être confrontés aux difficultés de repérage évoquées. Ainsi dans un service d'Accueil et d'Urgences, il arrive que l'on soit confronté à des patients présentant des troubles associant des signes et symptômes vagues ou difficiles à circonscrire - par exemple, une dysphorie associée à une bizarrerie de contact - qui ne permettent pas d'établir un diagnostic syndromique certain. Parfois, ces patients développent plus tard un trouble psychotique, dont le diagnostic, souvent dans un contexte de crise, sera posé en service d'Urgences.

Ce constat peut être illustré par la double confrontation, en tant qu'interne au SAU du CHU de Clermont-Ferrand, avec un jeune patient à deux moments de l'évolution d'une pathologie psychotique : la première fois il s'agissait d'une phase prodromique (identifiée de fait rétrospectivement), la deuxième fois d'un premier épisode psychotique « franc », qui a évolué ultérieurement vers une schizophrénie paranoïde. Cette expérience clinique a entraîné une interrogation spécifique sur cet aspect du parcours de soin - une première demande de soins via le SAU, et un second passage aux urgences en rapport avec des symptômes psychotiques aigus- chez des sujets lors de la phase de début d'un trouble psychotique.

Pour apporter des éléments de réflexion suite à cette expérience clinique, nous avons mené une enquête rétrospective dont l'objectif était de décrire des éléments du parcours de soin de sujets pour lesquels un diagnostic de psychose a été posé lors d'un passage au SAU du CHU de Clermont Ferrand. Plus spécifiquement, nous avons cherché à identifier dans cet échantillon, le groupe de ceux qui avaient eu un contact antérieur avec le SAU, quel que soit le motif de ce premier passage.

L'objectif était de décrire de façon rétrospective :

- la fréquence dans cette population d'un premier contact avec le service d'Urgences
- les motifs de ce premier passage.

La période d'observation est allée de début 2014 à fin 2016.

Notre thèse débutera par une revue de la littérature portant sur la description des particularités cliniques de la schizophrénie débutante. Puis nous présenterons les principaux acteurs de son repérage précoce. Enfin nous exposerons notre enquête et ses objectifs, avant d'en discuter les résultats et d'évoquer les perspectives envisageables dans ce domaine.

## I- CLINIQUE DES PSYCHOSES DEBUTANTES

### 1. Psychose ou schizophrénie, la prudence diagnostique

Au cours de notre travail, nous emploierons tour à tour les termes de psychose et de schizophrénie. Précisons donc d'emblée que le sujet de la thèse demeure le repérage précoce des schizophrénies (et non des troubles bipolaires, des psychoses affectives en général, des psychoses paranoïaques ou d'autres psychoses encore). Si le terme psychose est plus souvent utilisé, on comprendra que cela est dû à la temporalité des troubles schizophréniques. En effet, le diagnostic de schizophrénie ne peut être posé que relativement tard, un premier épisode psychotique ne pouvant signifier à lui seul une schizophrénie, a fortiori des signes psychotiques avant-coureurs. L'emploi du mot psychose permet donc de conserver une réserve quant à la nature définitive des troubles.

A l'appui de cette idée, une étude de Mc Gorry de 1995 (1) a montré que jusqu'à 50% des diagnostics se modifiaient entre le premier et le deuxième épisode psychotique. Une autre étude de Fennig et al en 1994 (2) a observé que parmi 278 patients de l'étude, 25% de diagnostic de schizophrénie selon le DSM-III-R étaient redressés à 6 mois. Enfin, Grivois et Grosso en 1998 (3) ont constaté que l'instabilité diagnostique était maximale durant les deux-trois premières années pour diminuer par la suite.

Ajoutons que les données épidémiologiques indiquent que les premiers épisodes psychotiques aigus ont schématiquement l'évolution suivante :

- dans 25 % des cas : la résolution est complète et l'épisode sera unique.
- dans 25 % des cas : il y aura des récurrences à plus ou moins long terme, chaque accès ayant la même valeur qu'un épisode unique.
- dans 50% des cas, différentes études montrent une évolution d'un seul tenant ou, après plusieurs récurrences, vers une psychose chronique, qui se subdivise en :
  - 1/3 de schizophrénies, 1/3 vers des psychoses chroniques non schizophréniques à début plus tardif, 1/3 de troubles bipolaires. (conférence de consensus, 2003) (4)

## **2. Les différentes phases évolutives de la schizophrénie**

On distingue trois phases évolutives : la phase pré-morbide, la phase prodromique et la phase psychotique.

### **La phase pré-morbide**

Elle s'étend de la naissance à l'apparition des premiers signes de la maladie. C'est une période durant laquelle on observe des signes cliniques discrets comme des altérations du développement moteur (trouble de la marche, troubles de la coordination, anomalies posturales), des difficultés cognitives engendrant de mauvais résultats scolaires avec des troubles du langage, des difficultés sociales (isolement, passivité, introversion ou agressivité, problèmes de discipline, anxiété sociale), qui correspondent à une vulnérabilité (Delamilleure et al, 2009 (5)). Comme la phase prodromique, elle est de définition rétrospective, cette vulnérabilité seule et les signes ou difficultés relevés n'étant en aucun cas synonymes d'une évolution vers la maladie.

Lors de cette phase les patients sont le plus souvent égodynamiques : ils ne perçoivent pas leurs troubles comme un processus en désaccord avec leur mode de pensée et de fonctionnement habituel, et ne reconnaissent donc pas de franche rupture avec leur état antérieur, ce qui ne favorise pas une identification de cette vulnérabilité.

### **La phase prodromique**

Etymologiquement, le terme prodrome provient du grec *pro-*, devant, en avant, et *-dromos*, course. Les prodromes sont donc les signes avant-coureurs de la schizophrénie, précédant ses manifestations caractéristiques et le premier épisode psychotique typique. On peut faire débuter la phase prodromique par le premier changement noté par le patient ou par l'entourage (de façon plus nette que dans la phase pré-morbide). Elle se termine avec l'apparition d'un tableau psychotique franc. Cette phase se différencie aussi de la précédente par son caractère plus volontiers égodynamique, le sujet ressentant alors nettement la rupture avec son état antérieur.

Elle se définit comme une phase d'entrée dans la maladie, de durée variable, comprise entre quelques semaines et plusieurs années (moyenne de 5 ans selon Häfner et al, 6,3 selon la Conférence de Consensus de 2003). Sa présentation clinique est généralement aspécifique de la maladie, peu bruyante, et comportant des symptômes très divers, avec parfois des signes plus spécifiquement psychotiques mais atténués et inférieurs au seuil diagnostique.

Notons que sa caractérisation est par essence rétrospective, avec les biais inhérents à cet aspect. Les limites du concept de prodrome ont été mentionnés entre autres par El Khasen et autres (2003). (6)

### **La phase psychotique**

Elle peut débiter avec l'apparition des symptômes psychotiques francs, positifs et négatifs. Toutefois, en règle générale, les premiers symptômes psychotiques à apparaître sont souvent atténués, c'est-à-dire peu nombreux et peu marqués dans un premier temps, puis ils s'associent entre eux et gagnent en intensité. Une moyenne de 1,3 ans sépare le premier symptôme spécifique de l'admission dans une structure de soin. » (Delamillieure, 2009 (5) ; Häfner, 1992 (7)).

## **3. Les débuts de la maladie : une clinique aspécifique confondante et des signes discrets atténués**

### **3.1 Généralités**

L'âge auquel débute classiquement la maladie se situe à la fin de l'adolescence et au début de l'âge adulte, le pic de fréquence étant entre 18 et 25 ans.

Il est décrit trois formes de début :

- les formes à début aigu, soit en moins de 4 semaines ;
- les formes à début subaigu, soit plus de 4 semaines ;
- les formes à début insidieux, avec une phase prodromique longue et progressive.

Dès la caractérisation de la « démence précoce » par Kraepelin et de l'introduction du terme « schizophrénie » par Bleuler, les cliniciens constatent que le début de la maladie est le plus souvent progressif, insidieux et dans tous les cas rarement aigu.

### 3.2 Descriptions des auteurs classiques

**Kraepelin** dépeint un tableau débutant précocement par des symptômes aspécifiques, que ce soit des modifications affectives ou de l'activité, ou encore une perte d'intérêt, de la volition, une distraction. A côté de ces signes ou de manière décalée, il note des signes que nous qualifierons de symptômes spécifiques atténués : anomalies de la perception, illusions, hallucinations sensorielles atténuées, vide de la pensée ou foule de pensées se succédant trop rapidement, perte de la faculté de contrôler le cours de sa pensée, ou encore expériences de blocage moteur lors d'actes volontaires. Le sujet garderait au début une conscience de ses troubles. (Grivois et Grosso, 1998 (3)).

**Bleuler** constate des troubles similaires, qu'ils nomment symptômes initiaux (réfutant le terme de prodromes). La forme latente de schizophrénie est pour lui la forme la plus fréquente, se manifestant par des signes aspécifiques, d'allure névrotique : irritabilité, mauvaise humeur, introversion ou excentricité. (8)

#### **Mayer-Gross**

Cet auteur fait de la schizophrénie une description systématique en 1932 (9), distinguant une forme insidieuse et une forme aiguë. Dans le début insidieux, il détaille des symptômes caractéristiques d'intensité variable -du trouble de la concentration à la désorganisation et au vol de la pensée- dont la perturbation de l'initiative et de l'activité motrice, fréquente ; les *troubles de sentiments de sympathie*, c'est-à-dire des troubles de l'affectivité et des relations inter-personnelles ; une tendance à la méfiance et à se sentir concerné par les attitudes et discours des autres, allant jusqu'au délire de référence, régulièrement retrouvé.

A côté de ces symptômes caractéristiques, Mayer-Gross énumère des prodromes difficiles à appréhender comme tels, mais « susceptibles d'orienter le diagnostic une fois analysés dans

le cadre de l'ensemble de la personne » : ce sont des manifestations dépressives, maniaques, hystériques ou obsessionnelles.

L'auteur souligne également que les symptômes prodromiques ont ceci de particulier, qu'ils se manifestent en dehors de facteurs déclenchants, et que les affects qui les accompagnent sont inappropriés (Grivois et Grosso, 1998 (3)).

### **Cameron**

En 1938, Cameron (10) publie un travail sur les signes détectables dans la phase prodromique de la schizophrénie. Il y détaille des symptômes initiaux non spécifiques, présents dans 83% des cas, débutant des semaines à des années avant le début des symptômes spécifiques de psychose.

Parmi les symptômes aspécifiques, deux entités cliniques sont différenciées :

- le type hyperactif : inquiétude, appréhension, insomnie, cauchemars, agitation, oscillations de l'humeur, accès de colère et plaintes hypochondriaques.
- le type hypoactif : inclination à la solitude et l'introversion, tendance à la rêverie et à la dépression, irritabilité, abandon des activités et des amis, diminution d'énergie, fatigue, troubles de la concentration.

-

Les symptômes spécifiques, d'apparition précoce, regroupent quant à eux :

- les manifestations idéatives : sentiment d'être observé ou concerné par le discours d'autrui, crainte d'être empoisonné ou drogué, attribution de mauvaises intentions à autrui ou d'attitudes inamicales à son égard...et interprétation des hallucinations en fonction de l'une ou l'autre de ces croyances.
- les manifestations somatiques : elles correspondent à des altérations du vécu corporel ou des réactions psycho-somatiques

### **Chapman**

Dans la lignée des travaux de Cameron, l'anglais Chapman publie en 1966 (11) une étude rétrospective de 40 sujets, présentant un diagnostic de schizophrénie depuis un an. L'auteur rapporte les anomalies précédant la phase psychotique décrites par les patients : 95% ont présenté des phénomènes de blocage de pensée, 80% des anomalies dans la compréhension du langage entendu, 75% des anomalies dans la production du langage parlé, 73% des troubles

moteurs et 40% des anomalies dans la perception visuelle. Ces symptômes paraissent spécifiques à la schizophrénie, mais ils sont à ce stade de la maladie discrets et peuvent passer inaperçus s'ils ne sont pas activement recherchés.

Selon Chapman, les perturbations initiales de la psychose sont avant tout cognitives et perceptives, précédant de beaucoup l'apparition des hallucinations. En particulier, il souligne l'importance du trouble de l'attention, et plus précisément du déficit d'attention sélective, qui engendrerait un mauvais traitement des informations. L'existence de symptômes pseudo-névrotiques serait la conséquence de réactions adaptatives du sujet aux désordres cognitifs primaires. Quant au délire, il pourrait correspondre à l'explication que cherche l'individu à ses troubles.

### **Conrad**

Klaus Conrad, neurologue et psychiatre allemand, s'est penché sur les débuts de la schizophrénie et le développement de cette pathologie, à travers sa monographie de 1958 (12), *Die Beginnende Schizophrenie*. Il y décrit notamment un processus psychopathologique, qui débute par le **trema** (correspondant au sentiment de l'acteur avant son entrée en scène), soit une atmosphère pré-délirante. Le processus se poursuit par l'**apophénie**, ou manifestation progressive d'une néo-réalité ; et se conclut par l'**apocalypse**, ou phase de désagrégation extrême de la structure perceptive, qui correspond à la catatonie.

La première phase du tremas comporte des attitudes d'allure irraisonnées et des sentiments tels que la dépression, l'angoisse, la tension, la méfiance et l'impression d'expérience mystérieuse et diffuse de transformation imminente. L'expérience vécue perd peu à peu son unité naturelle. Dans la seconde phase d'apophénie, la nouvelle réalité émerge au sujet par degrés pour aboutir en dernier lieu à une certitude délirante, qui correspond à une révélation de sens, une explication plus précise et plus stable aux expériences imposées par la psychose.

Notons que l'approche de la schizophrénie de Conrad présente des similitudes avec l'approche d'inspiration phénoménologique appliquée à la psychiatrie.

### 3.3 Descriptions cliniques plus récentes et contemporaines

Les auteurs à partir des années 1980 ne rédigent pas à proprement parler de descriptions systématiques de la schizophrénie ou de la psychose débutante comme leurs prédécesseurs. Néanmoins, ils proposent pour certains une analyse précise selon une méthodologie rigoureuse de la phase prodromique, et/ou répertorient minutieusement les symptômes prodromiques les plus fréquemment rencontrés.

**Häfner** et ses collaborateurs font partie de ces auteurs incontournables, qui se sont attachés entre 1980 et 1998 à l'étude de la phase prodromique de la schizophrénie. Cette étude a été la première à grande échelle sur la psychose débutante. Ses objectifs étaient d'examiner, d'une part, les différences liées au sexe dans l'âge de la première admission pour schizophrénie ; d'autre part, de déterminer les caractéristiques de la phase prodromique.

Une première partie de l'étude s'est basée sur les registres de naissance de la ville de Mannheim (Allemagne), une deuxième partie a concerné 276 admissions hospitalières pour premier épisode psychotique. Peu de temps après rémission de l'épisode psychotique, une échelle d'évaluation standardisée –un entretien semi-structuré, l'IRAOS ou Instrument for the Retrospective Assessment of Onset and early Schizophrenia – a été proposée aux patients pour évaluer a posteriori les signes prodromiques. L'évaluation était complétée par une analyse des dossiers médicaux, et l'entretien semi-structuré était aussi appliqué à un membre de l'entourage familial des patients.

Malgré le biais de mémoire lié au caractère rétrospectif de l'étude, l'étude ABC a permis une première évaluation à grande échelle de la phase prodromique, de préciser les premiers signes de psychose, de mesurer leur durée et de mieux caractériser les symptômes prodromiques.

L'étude a pu montrer -entre autres résultats- que les premiers signes prodromiques surviennent entre 15 et 29 ans, et que le premier signe de psychose apparaît plus précocement chez les hommes, à savoir entre 15 et 25 ans, que chez les femmes, entre 20 et 29 ans (Häfner et al, 1998 (13)). Les différences hommes/femmes se situent aussi au niveau du mode de début, puisque 50% des hommes présenteraient un début insidieux contre 39% des femmes. Ces différences et leurs origines possibles ont été étudiées dans une des études comprises dans la vaste ABC ; le rôle des oestrogènes notamment a été une des hypothèses

explicatives proposée et confirmée.

Häfner et An Der Heiden (14) dans les suites de l'étude ABC ont confirmé un mode de début de la maladie le plus souvent insidieux -68% qu'aigu -18%- ou subaigu -15%.

Les symptômes prodromiques les plus fréquemment retrouvés par les auteurs de l'étude ABC sont repris dans le tableau suivant.

***Symptômes prodromiques de la schizophrénie selon Häfner et al (1992 (7))***

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%

Nous ne pouvons évoquer les descriptions cliniques contemporaines, ou plus exactement les approches cliniques contemporaines, sans préciser l'existence d'un changement progressif de paradigme à la fin des années 1980, avec le développement des études prospectives. Alors que les travaux des auteurs classiques et les études rétrospectives qui ont suivi se basaient sur la notion de prodromes, c'est-à-dire sur une vision rétrospective de la maladie, les auteurs contemporains sont passés à une vision plus nuancée et plus prudente des psychoses débutantes. En effet, le constat était fait qu'une proportion importante de sujets dits en phase prodromique n'évoluerait pas vers une psychose. Les concepts d'**état mental à risque** de transition psychotique d'une part, et de **symptômes de base** d'autre part, ont alors été

avancés.

La notion **d'état mental à risque** a été introduite notamment par les australiens Young et Mac Gorry, qui emploient plus précisément l'expression d'état mental à « haut risque » ou à « ultra haut risque » de transition psychotique (UHR ou UHRMS, Ultra High Risk Mental State). Leurs travaux ont eu pour objectif d'identifier les sujets présentant un haut risque de développer une psychose dans les prochains mois. Des critères et une échelle ont été construits spécifiquement pour cet objectif, les critères UHR et la CAARMS -Comprehensive Assessment of at Risk Mental State (voir en annexes).

Les critères UHR se sont basés entre autres sur une revue des principaux symptômes prodromiques retrouvés par la littérature scientifique, présentée à la page suivante.

Cette terminologie d'« état mental à ultra haut risque » apparaît plus prudente, moins restrictive que la notion stricte de prodromes, qui sous-tend une évolution inéluctable vers la psychose.

Notons que l'état UHR ne correspond qu'à la phase prodromique tardive.

L'approche UHR a été développée en parallèle par l'équipe de **Miller et Mac Glashan** aux Etats Unis. Dans le cadre de l'étude PRIME (Prevention Risk Identification Management and Education), Miller et Mac Glashan ont créé leurs propres instruments, dans le but d'obtenir un diagnostic opérationnel (présence/absence) de la phase prodromique, de la description des symptômes prodromiques, de l'évaluation quantitative de la sévérité des prodromes et de la définition du seuil de la psychose (MO Krebs, 2015 (15)).

**Symptômes prodromiques de la schizophrénie selon Young et al (revue de la littérature, 1996 (16))**

Symptômes « névrotiques »	Anxiété Colère Impatience Irritabilité
Symptômes thymiques	Humeur dépressive Anhédonie Idées de culpabilité et de suicide Instabilité de l'humeur
Troubles de la volition	Apathie et absence d'élan vital Ennui et perte d'intérêt Fatigue et manque d'énergie
Troubles cognitifs	Perturbations de l'attention et de la concentration Préoccupations, rêveries Blocage de la pensée
Symptômes physiques	Plaintes somatiques Perte de poids et d'appétit Troubles du sommeil
Symptômes divers	Phénomènes obsessionnels et compulsifs Phénomènes dissociatifs Exacerbation de la sensibilité inter-personnelle Changement dans la perception de soi-même, des autres ou du monde Troubles moteurs Anomalies du discours Anomalies perceptives Suspicion Changement des affects
Troubles comportementaux	Baisse du rendement scolaire et professionnel Retrait social Détérioration du fonctionnement social Comportement bizarre, impulsif ou agressif

Les chercheurs allemands de **l'école de Bonn** ont quant à eux développé d'autres modèles, basés sur le concept central de **trouble de base**, se manifestant par des **symptômes de base** (*Basic Symptoms*) pouvant évoluer vers des symptômes typiques de schizophrénie.

A la différence de l'approche UHR recherchant des symptômes psychotiques atténués, l'école de Bonn se concentre sur des symptômes pas forcément psychotiques, mais potentiellement prédicteurs de véritables symptômes psychotiques. Ces symptômes de base peuvent toucher les sphères cognitives, affectives et sociales dans les années qui précèdent le premier épisode psychotique, et ont la particularité de pouvoir être identifiés par le patient (d'après MO Krebs, 2015 (15)). Ils présentent l'intérêt d'être plus précoces que les symptômes psychotiques atténués et d'avoir un soubassement psychopathologique commun.

Des échelles d'évaluation des symptômes de base ont été créées à l'appui des travaux d'Huber et de son équipe. Leur objectif était de repérer des signes précoces de schizophrénie et d'étudier leur spécificité afin de permettre un repérage plus précoce de la maladie.

La *Bonn Scale Assessment of Basic Symptoms* (BSABS) a été la première de ces échelles, développée par Huber et Gross, suivie de la *Schizophrenia Proneness Instrument-Adult ou Child-Young* (SPI-A/SPI-CY) et des critères COGDIS-COPER de Schulze-Lutter et son équipe.

## **Le DSM**

Parmi les descriptions des psychoses débutantes, mentionnons le Manuel Diagnostique et Statistique américain (DSM) (16) faisant largement référence dans la communauté des médecins psychiatres. Dans sa troisième version, ses auteurs y ont introduit un syndrome psychotique prodromique dans les annexes de recherche. Le DSM-III a défini ce syndrome, et le DSM-III-R a répertorié 9 critères permettant de poser le diagnostic, similaires à ceux de la schizophrénie résiduelle. Le syndrome psychotique prodromique comprenait à la fois des symptômes négatifs, non spécifiques, et des symptômes positifs atténués :

Critères DSM-III du syndrome psychotique prodromique :

- isolement social, repli sur soi ;
- handicap net du fonctionnement professionnel, domestique, scolaire ou universitaire ;
- comportements nettement bizarres ;
- manque majeur d'hygiène et de soins apportés à sa personne ;
- affects émoussés ou inappropriés ;
- discours digressif, vague, trop élaboré, maniéré ou circonstancié ou pauvre en forme ou contenu ;
- croyances étranges ou pensée magique, sans rapport avec les normes culturelles, influençant le comportement ;
- altération des perceptions, telles qu'illusions récurrentes, sensation de présence d'une force ou d'une personne en réalité absente ;
- manque notable d'énergie, d'intérêt, d'initiative.

Par la suite, la 4<sup>ème</sup> version du manuel (DSM-IV) a retiré ce diagnostic du manuel, les critères étant jugés trop peu spécifiques.

Le DSM 5 propose une nouvelle entité diagnostique, appelée « syndrome de psychose atténuée ». Cette entité n'a été incluse que dans la section III, consacrée aux conditions requérant plus d'investigations. Elle rejoint le modèle anglo-saxon qui prédomine actuellement (aux côtés de l'approche germanique sus-citée), et qui porte un regard le plus neutre et objectif possible sur des symptômes pour l'essentiel observables, et en premier chef les symptômes psychotiques spécifiques atténués ou transitoires.

**Au total**, soulignons la prédominance dans la majorité des descriptions classiques et contemporaines, des formes de début progressif, de la présence éventuelle de signes psychotiques atténués, et surtout de la grande variété des signes précoces le plus souvent aspécifiques, touchant toutes les dimensions retrouvées dans les entités diagnostiques psychiatriques. Ces particularités cliniques peuvent être sources de confusion diagnostique, d'autant plus quand elles viennent se superposer aux manifestations psychiques propres à la période de l'adolescence.

Pourtant, l'intérêt du repérage des psychoses débutantes est maintenant reconnu, découlant de l'étude de la durée de psychose non traitée.

## II- REPERAGE PRECOCE DES PSYCHOSES DEBUTANTES : INTERET DE L'ETUDE DE LA DUREE DE PSYCHOSE NON TRAITEE ET ACTEURS CLEFS DU REPERAGE

### 1. Durées de psychose et de maladie non traitées

Depuis une vingtaine et bientôt une trentaine d'années, les publications sur **la durée de psychose non traitée (DPNT)** se sont multipliées, mettant ainsi l'accent sur les stades initiaux de la maladie psychotique, c'est-à-dire sur la phase prodromique. La question est de savoir s'il existe des corrélations possibles entre cette durée et le pronostic de la psychose, et ainsi s'il y a un réel enjeu à repérer précocement les psychoses débutantes.

La DPNT a été définie comme la durée entre le début de la psychose avérée (au-delà d'une phase prodromique incertaine) et l'initiation d'un traitement (quel qu'il soit). Selon Larsen, Mac Glashan et Moe (18), elle serait de deux ans en moyenne (de quelques semaines à plusieurs années). Les premières études sur les relations entre DPNT et le pronostic de la maladie ont montré des résultats contrastés. Certaines publiées en 2000 comme celles de TJ Craig et al (19), De Hann et al (20), Ho et al (21), Hoff et al (22) ou encore Barnes et al (23) n'ont ainsi pas retrouvé d'association entre DPNT et pronostic. Une autre étude de Norman et al (24) a par ailleurs pointé un manque d'indépendance de la DPNT par rapport à des facteurs pronostiques tels que le fonctionnement pré-morbide, la prédominance d'une symptomatologie négative, le mode d'installation de la maladie.

Néanmoins, des méta-analyses plus récentes ont pu démontrer une association entre DPNT courte et meilleur pronostic à court terme, même après ajustement sur le fonctionnement pré-morbide et le mode d'installation, et un meilleur pronostic à moyen terme, également

après ajustement (Marshall et al, 2005 (25) ; Perkins et al, 2005 (26)). Une méta-analyse de Pentilla et al de 2014 (27), réalisée sur 39 études avec des durées de suivi moyennes de 8.1 ans, retrouve une association significative entre DPNT longue et plus mauvais pronostic concernant la symptomatologie positive et négative, le fonctionnement social, le taux de rémission et le pronostic général (4 études ajustées sur des facteurs pronostics sans influence sur les résultats).

La DPNT reste une notion complexe à étudier, puisque influencée par de multiples facteurs. Par exemple, un faible niveau d'*insight* et une aboulie retardent la demande de soins des patients. De même, un repli sur soi, un mauvais fonctionnement pré-morbide, une entrée insidieuse dans la maladie ou encore la stigmatisation, freinent l'accès aux soins et génèrent des DPNT prolongées. De bonnes performances cognitives permettant de bonnes facultés d'adaptation sont aussi un facteur allongeant la DPNT (Krebs, 2015 (15)).

A côté de la DPNT, la notion de **durée de maladie non traitée (DMNT)** a été développée par certains auteurs. Cette dernière inclut la phase prodromique, présente chez 75% des sujets, au cours de laquelle de nombreux symptômes et une altération fonctionnelle peuvent déjà être présents. La DMNT possède en théorie une meilleure validité en incluant la durée des prodromes, mais cette dernière est difficile à établir précisément. En outre, les études qui ont évalué l'effet de la DMNT sur le pronostic de la schizophrénie sont peu nombreuses, et le terme est souvent utilisé dans un sens largement inclusif, en faisant référence une fois à la DPNT, une autre fois à une maladie psychiatrique hors troubles psychotiques (Souaiby et al, 2016(28)). Notons cependant que certaines de ces études ont montré une corrélation entre une DMNT plus courte et un meilleur pronostic clinique et fonctionnel à 2 ans (Khesevan et al, 2003 (29)) et à 8 ans (Crumlish et al, 2009 (30)), indépendamment du fonctionnement pré-morbide. Dans ces études, la DMNT était un meilleur facteur prédictif du pronostic que la DPNT. Malla et al en 2006 (31) ont également observé une association significative entre DMNT courte et taux de rémission plus important à 2 ans, et une diminution du taux de rechute.

Du foisonnement d'études sur les relations entre DPNT et pronostic, et des quelques études sur la DMNT, il ressort finalement à ce jour des preuves de l'intérêt d'une DPNT la plus courte possible, celui de la DMNT restant pour l'instant en suspension.

Si la DPNT apparaît comme un enjeu concernant le devenir de la maladie, le repérage précoce des psychoses débutantes prend alors une importance particulière. Les professionnels confrontés à une population adolescente ou jeune adulte sont les premiers concernés par ce repérage et ses difficultés, liées aux particularités cliniques que l'on a décrites.

## **2. Les principaux acteurs du repérage**

### **2.1 Milieu scolaire, universitaire, professionnel**

- Milieu scolaire

Les professionnels du milieu scolaire –de degré secondaire et des lycées en particulier- sont des acteurs du repérage qui ont toute leur importance puisque confrontés à une classe d'âge dans laquelle débute largement les psychoses. Ils sont relativement proches des jeunes en les côtoyant de façon quasi quotidienne pour certains (professeurs, surveillants). Ils peuvent observer certains comportements singuliers inquiétants, percevoir la souffrance psychique à travers des attitudes, des discours. Des performances scolaires qui chutent, des difficultés cognitives en classe (difficultés de concentration et d'attention, de mémorisation) peuvent aussi être des signes qui peuvent attirer leur attention. Les infirmiers(ères) scolaires et les assistants sociaux du secondaire notamment peuvent être facilement sollicités par des jeunes en souffrance, car détachés de tout statut d'autorité, disponibles et à l'écoute. Les médecins scolaires, qui jouent également un rôle clé dans le repérage, la prévention et l'orientation de toute pathologie -dont les troubles mentaux, se trouvent, de manière regrettable, souvent assez démunis : ils doivent le plus souvent se partager entre plusieurs établissements, manquent de formation spécifique aux troubles mentaux et comme les médecins généralistes peuvent se heurter à des difficultés d'orientation.

Relevons au passage qu'une étude française récente (Oppéit et al, 2017 (32)) a décrit une action de détection précoce originale des troubles psychiques : elle met de cette façon en

avant tout l'intérêt d'une articulation entre professionnels de l'Education, de la santé et de l'entourage proche des adolescents.

Plusieurs études dans différents pays ont par ailleurs cherché à étudier l'intérêt d'actions de prévention et de sensibilisation dans les établissements scolaires. Une méta-analyse de niveau mondial (Payne et al, 2006 (33)) a pu préciser quels étaient les facteurs de succès de tout programme de prévention des troubles mentaux : des équipes pédagogiques stables et régulières, des chefs d'établissement ou directeurs d'école motivés et une pédagogie adaptée en classe (Fondation FondaMental/Institut Montaigne, 2014 (34)).

Le milieu scolaire est en conclusion un lieu privilégié d'observation et de repérage de tout trouble ou souffrance, qui peut de plus jouer un rôle de prévention des troubles psychique.

- Le milieu universitaire

Les universités représentent des lieux de repérage intéressants dans la mesure où les étudiants sont dans la tranche d'âge dans laquelle on trouve le pic d'apparition de la maladie, soit entre 18 et 25 ans.

Chaque université comporte un service de santé -Service Universitaire de Médecine de Prévention et de Promotion de la Santé, SUMPS- qui permet à tout étudiant de bénéficier de conseils et de consultations de premier niveau gratuites. Ces services sont dans de nombreux cas en lien avec des Bureaux d'Aide Psychologique Universitaire (BAPU), qui donnent accès à des consultations de psychiatrie et de psychothérapie gratuites.

SUMPS et BAPU sont situés dans des lieux communs et familiers, faciles d'accès et non-stigmatisants. Ils permettent un premier bilan ou une évaluation à la demande de jeunes en souffrance, et sont ainsi des lieux propices au repérage précoce de troubles psychiatriques. Notons que des formations spécifiques permettraient idéalement de compléter les connaissances des professionnels en matière de psychose débutante, et de leur permettre de savoir vers quel professionnel ou structure orienter le cas échéant.

- Le milieu professionnel

Nous ne ferons ici qu'évoquer ce milieu qui a aussi son importance dans le repérage des psychoses débutantes, mais se trouve moins confronté que le milieu scolaire et universitaire

aux troubles psychotiques débutants -en raison d'une moindre représentation des personnes jeunes, en âge d'apparition d'une psychose, au sein du monde du travail.

## **2.2 Le secteur social et médico-social ; les ITEP**

Ce secteur comporte des établissements fréquentés par une jeunesse en difficulté sociale et/ou psychique, plus fragile, plus exposée à des facteurs de stress, et nécessitant ainsi une attention accrue face à des entrées dans de véritables pathologies psychotiques. Une étude de Fahet al (2013(35)) a ainsi établi que le diagnostic principal retrouvé chez 6,8% des jeunes dans les Instituts Thérapeutiques Educatifs et Pédagogiques (ITEP) de Midi-Pyrénées est celui de trouble psychotique. Ce chiffre est une moyenne et certaines structures peuvent accueillir une part encore plus importante de jeunes présentant des troubles psychotiques, à défaut de places en secteur pédo-psychiatrique ou d'autres structures adaptées (Grégoire Benvagnu, 2016(36)). Pourtant, selon la circulaire interministérielle de mai 2017, 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 ». Le repérage précoce des psychoses débutantes en secteur médico-social aurait donc son importance et nécessiterait une implication des différents professionnels exerçant dans ces structures, éducateurs, assistants sociaux, pédopsychiatres...après avoir évalué leur sensibilisation à la question, leurs connaissances et leurs éventuelles difficultés d'orientation lors de doutes devant des troubles psychiques ou une symptomatologie particulière.

## **2.3 Les Maison Des Adolescents (MDA)**

Les MDA sont des lieux créés dans l'idée d'une plus grande ouverture possible aux jeunes présentant des difficultés de toute sorte, notamment psychologiques voire psychiatriques. « L'adolescent doit retrouver, dans ce lieu, tous les moyens de construire son avenir »  
*(Extrait du Rapport de Marc Buisson et Francis Salles, février 2009, Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins, Ministère de la Santé et des Sports).*

Elles se veulent anonymes et gratuites, sans ou avec rendez-vous, multi-professionnelles

(éducateur, assistant social, psychologue, médecin).

Elles portent les missions suivantes :

- L'accueil, l'écoute, l'information, l'orientation ;
- L'évaluation des situations ;
- La prise en charge médicale et psychologique ;
- L'accompagnement éducatif, social et juridique. (cahier des charges des MDA 2009)

Précisons qu'elles assument un rôle de prévention, de repérage des troubles et d'orientation, de soutien et de soin éventuel.

Les MDA sont des espaces ouverts et dédiés aussi bien aux jeunes, généralement de 11 à 25 ans, qu'à leur famille et aux professionnels :

- a) Pour les jeunes : les adolescents sont reçus pour tout type de problème ou questionnement, qu'il soit d'ordre sexuel, médical, psychologique, social, scolaire...Une attention particulière est accordée à la qualité de l'accueil, afin que les jeunes puissent se sentir le plus à l'aise possible et s'approprier les lieux. Les professionnels de la MDA doivent s'inscrire dans un réseau constitué permettant de répondre au mieux aux besoins des adolescents.
- b) Pour les familles : la famille peut y trouver un soutien, un accompagnement. Elle peut également être intégrée au projet de l'adolescent, en participant à des entretiens familiaux, mais aussi à des actions individuelles (en présence ou pas du jeune) ou groupales (groupe de parole, débats...)
- c) Pour les professionnels : les MDA sont conçues pour être des lieux ressources, des lieux de rencontres, d'échanges ou encore de conseils aux professionnels. Elles ont pour vocation une sensibilisation des professionnels au contact des adolescents, et peuvent intervenir à la demande dans des structures.

*(anmda.fr, Association Nationale des Maisons Des Adolescents)*

Ces structures de premier recours, faciles d'accès et misant sur la qualité de l'accueil, complètes, multidisciplinaires, se rapprochent en réalité des modèles des centres conçus pour les jeunes en souffrance, dont le but est clairement le repérage et la prise en charge précoce des troubles psychiatriques, et notamment des psychoses débutantes (l'exemple phare étant celui des *Head Space* australiens).

Elles restent un modèle à stabiliser, à homogénéiser. Car bien que le gouvernement ait décidé de leur généralisation en 2004, un rapport national datant de 2009 sur *Les missions et l'organisation de la santé mentale et de la psychiatrie* pointe des disparités importantes, tenant tout autant aux pratiques professionnelles qu'au statut juridique des structures ou à leur mode de financement. « S'il est souhaitable que ces maisons deviennent une offre de santé pour les adolescents et leur famille, leur généralisation devrait alors répondre à un cahier des charges national définissant le territoire d'activité, les objectifs thérapeutiques et d'accompagnement, les moyens nécessaires à leur fonctionnement. Les partenariats devraient être clairement définis entre l'Etat, l'Assurance Maladie, obligatoire et complémentaire, les collectivités territoriales et notamment le département, le mécénat.

## **2.4 Les médecins généralistes**

Les médecins généralistes ou médecins de famille jouent un rôle central et sont une pierre angulaire du système de soins. Ils représentent par excellence les soins de premier recours. Les omnipraticiens sont en effet les premiers professionnels de santé à recueillir les plaintes fonctionnelles des patients, ils sont facilement accessibles et leur fonction traditionnelle de médecin de famille les rend proches des patients et de leur famille. En outre, le fait de les consulter (en comparaison avec les médecins psychiatres notamment) ne paraît pas stigmatisant au regard des patients.

Néanmoins, les médecins généralistes se heurtent à des difficultés de repérage ou de diagnostic : en particulier, le repérage des formes insidieuses de schizophrénie débutantes, qui peuvent être confondues avec une dépression par exemple. De plus, la prévalence et l'incidence des troubles schizophréniques ou psychotiques sont faibles en regard des autres pathologies rencontrées en médecine générale, et les praticiens qui sont en rapport avec leur patientèle sont donc peu confrontés aux troubles psychotiques. Simon et al (35) ont ainsi mis

en avant que les médecins généralistes en Suisse n'évoquent le diagnostic de schizophrénie débutante que chez 1.6 patients par an en moyenne.

Enfin, si les médecins généralistes ont des doutes sur une pathologie psychotique débutante (voire confirmée), ils peuvent se buter à des difficultés d'orientation rapide : les délais pour obtenir une consultation, que ce soit en libéral et surtout dans des Centres Médico-Psychologiques ou dans les Centres Hospitaliers Universitaires, sont souvent très longs.

## **2.5 Les Services d'Urgences (SU)**

Les SU représentent un autre premier maillon important du repérage, de par leur place stratégique dans le système de santé français et de leur utilisation souvent « par défaut ».

Ils accueillent un flux important (et grandissant) de patients, brassent un nombre important et variés de problèmes de santé, et rencontrent donc statistiquement une certaine proportion de troubles psychotiques. Ils sont également un lieu d'aboutissement de bien des crises sanitaires ou sociales, certains déplorant d'ailleurs son caractère palliatif des insuffisances du système de santé (délais de consultations spécialisées excessivement longs, dialogues parfois complexes entre praticiens de ville et praticiens hospitaliers, manque d'informations de la population...).

Du point de vue de la population, les SU sont une première porte du système de soins bien connue (voire surutilisée) : ils sont souvent sollicités en première intention quand un sujet en situation de souffrance (quelle qu'en soit la nature) ou sa famille recherchent de l'aide. Ils représentent un lieu de recours peu stigmatisant, très facilement accessible à toute heure et tout jour de l'année, à coût modéré et retardé.

Finalement, les SU apparaissent comme un autre « avant-poste » du repérage.

Dans le chapitre qui suit, par le biais de notre enquête, nous étudierons et apporterons un éclairage sur cette activité de repérage au sein de d'accueil des urgences (SAU) du Centre Hospitalier Universitaire de Clermont-Ferrand.

### III- ETUDE AU SEIN DE L'ACCUEIL DES URGENCES DE CLERMONT FERRAND

#### 1. Présentation de l'étude, matériel et méthode

##### 1.1 Présentation et *design* de l'étude

Cette enquête a été initiée suite au constat que des patients ayant développé une maladie psychotique, pouvaient solliciter les services d'urgences en amont du diagnostic de psychose établi (sollicitation possiblement plus fréquente qu'une population du même âge) ; et qu'en raison des caractéristiques aspécifiques et/ou discrètement spécifiques de la phase prodromique de la maladie, comme vu précédemment, le repérage au SAU des éventuels troubles initiaux marquant l'entrée dans la maladie pouvait à ce moment-là s'avérer complexe.

L'hypothèse de cette enquête était donc qu'une partie des patients ayant reçu un diagnostic de psychose au SAU du CHU de Clermont-Ferrand, avait déjà été en relation avec ce service pour des motifs variés, sans qu'un diagnostic de trouble psychiatrique ne soit porté à cette occasion. Notre enquête a eu comme objectif de décrire ces patients, présentant une demande de soins aux urgences avant la survenue d'un épisode psychotique, pour apporter des pistes de réflexion quant au repérage des psychoses débutantes.

A partir de données recueillies au Service d'Accueil des Urgences du CHU Gabriel Montpied de Clermont-Ferrand, entre le 01/01/2014 et le 31/12/2016, nous avons établi le nombre de diagnostics de psychose (F2) lors du second passage d'un sujet aux urgences. Précisons que le code F2 correspond dans la Classification Internationale des Maladies dixième version à « Schizophrénie, troubles schizotypiques et troubles délirants ». Il exclut donc les troubles affectifs avec symptômes psychotiques.

Nous avons ensuite distingué deux groupes : un groupe ayant déjà reçu un diagnostic F2 lors de son premier passage au SAU (Groupe 1), un deuxième groupe n'ayant reçu ce diagnostic qu'à l'occasion de son second passage (Groupe 2).

D'une part, nous avons établi la proportion de sujets pour lesquels le diagnostic F2 a été porté uniquement à l'occasion de leur second contact avec le SAU, versus la proportion de ceux pour

lesquels ce diagnostic a été établi lors des deux contacts avec les urgences. D'autre part, nous avons recueilli les cotations diagnostiques lors du premier passage, les délais moyens entre les deux passages, les proportions hommes/femmes dans les deux groupes et les âges moyens.

## **1.2 Recueil des données et critères d'inclusion**

A partir des données du logiciel des urgences *Crossway* et via le Département d'Informatique Médical, nous avons recueilli des cotations diagnostiques 2014, 2015 et 2016 de psychose au sens large (*codes CIM-10 de F20 à F29*) de sujets âgés de 16 à 30 ans, lors de leur second passage aux urgences. Lors de leur premier passage, ces sujets avaient reçu ou non un diagnostic de psychose.

Les critères d'inclusion se sont basés uniquement sur l'âge et le diagnostic F2.

46 patients se trouvent concernés par l'étude.

## **1.3 Critères d'exclusion**

Les jeunes de moins de 16 ans ont été écartés de l'enquête pour des raisons pratiques et liées à la clinique et aux spécificités de l'adolescence.

En effet, d'une part les enfants et les jeunes adolescents sont accueillis sur un autre site que celui du SAU du CHU Gabriel Montpied, à savoir à l'accueil des urgences pédiatriques du CHU Estaing.

D'autre part et surtout, nous avons pris en considération le risque de diagnostic de psychose à tort (ou inversement de sous-diagnostic), chez cette population particulière, qui peut requérir une connaissance de la part du clinicien plus pointue ou plus spécifique. En effet l'enfant a une présentation clinique souvent bien différente de celle de l'adulte, en lien avec une maturation cérébrale et psychologique différentes. L'adolescent quant à lui est dans une période de vie critique (au sens étymologique du mot ; *krisis*, le jugement, le moment décisif, charnière), en plein remaniement psychique. Il peut tenir un discours, présenter des attitudes ou des comportements proches de la clinique de troubles psychotiques débutants. Ajoutons

que le manque de fiabilité d'un diagnostic porté aux urgences pédiatriques de Clermont-Ferrand est aussi en rapport avec l'évaluateur qui est peu expérimenté, puisqu'il s'agit d'un interne sans l'appui « physique » c'est-à-dire sur le site même, de son sénior psychiatre ou pédopsychiatre.

Enfin, nous avons pensé à l'argument épidémiologique : le début des schizophrénies avant 15 ans est inférieur à 4% (étude de Remschmidt, 1994), nous risquions donc d'avoir un nombre de données faible à négligeable.

Les sujets de plus de 30 ans ont également été exclus de l'étude, car le pic d'apparition de la maladie est globalement compris entre 15 et 25 ans, s'étirant jusqu'à 30 ans. Selon l'étude Age Beginning Course d'Häfner, 30,1 ans est l'âge auquel la symptomatologie maximale de la psychose ou premier pic de symptômes positifs serait atteint et 30,3 ans l'âge moyen de la première admission en milieu hospitalier.

## **2. Résultats**

### **2.1 Résultats principaux**

#### **2.1.1 Diagnostic « F2 » (Schizophrénie, troubles schizotypiques et troubles délirants) lors du premier contact avec le SAU**

En 2014, 2015 et 2016 nous avons comptabilisé respectivement 18, 17 et 11 patients porteurs d'un diagnostic F2 lors d'un second passage au SAU. Parmi ces patients, lors de leur précédent et premier contact avec les urgences, 2 sur 18, 3 sur 17 et 2 sur 11, ont reçu un diagnostic autre que F2.

Au total, sur les 3 ans 39 patients sur les 46 avec cotation diagnostique F2, soit 85%, ont eu un premier contact avec le SAU sans qu'un diagnostic F2 ne soit porté à cette occasion. Inversement un diagnostic de psychose a été porté lors du premier contact avec le SAU pour 7 patients sur 46, soit 15%.

### 2.1.2 Cotations diagnostiques lors du premier contact avec le SAU

Parmi les 39 patients pour lesquels un diagnostic F2 n'a pas été porté, 23 n'ont reçu aucun diagnostic spécifique consigné dans le dossier Crossway, lors de leur premier contact avec le SAU- soit 59%. Selon le système de cotation de la CIM-10, les 16 autres ont reçu un diagnostic « S » pour *Lésions traumatiques, empoisonnements et certaines autres conséquences de cause externe*, « R » pour *Symptômes, signes et résultats anormaux d'examen clinique et de laboratoire non classés ailleurs*, « Y » pour *Causes externes de morbidité et de mortalité*, « H » pour *Maladies de l'oreille et de l'apophyse mastoïde*, « E » pour *Maladies endocriniennes, nutritionnelles et métaboliques*, ou « F » pour *Troubles mentaux et du comportement (autre que F2)*.

- Dans les cotations CIM-10 « S » *Lésions traumatiques, empoisonnements et certaines autres conséquences de cause externe* :

1 patient a reçu la cotation S40 pour fracture de la clavicule, associée à une cotation S628, fracture de parties autres et non précisées du poignet et de la main ; 1 patient a reçu la cotation S060, commotion cérébrale ; et 2 patients ont une cotation S015, plaie ouverte de la lèvre et de la cavité buccale.

- Dans les cotations « R » *Symptômes, signes et résultats anormaux d'examen clinique et de laboratoire non classés ailleurs* :

2 patients sont associés à une cotation R451 : agitation, qui est l'unique diagnostic. Les autres patients ont reçu les cotations suivantes :

- R410 : désorientation, sans précision ;
- R104 : douleurs abdominales, autres et non précisées ;
- R451 : agitation, associée à Y910 : intoxication alcoolique légère.

Il existait également 2 cotations autres :

-H813 : autres vertiges périphériques ;

-E109 : diabète sucré insulino-dépendant, sans complication.

- Dans les cotations CIM-10 « F » *Troubles mentaux et du comportement* :

On a retrouvé les diagnostics :

-F100 : intoxication alcoolique aiguë, associée à une cotation S010 : plaie ouverte du cuir chevelu, ou associée à une cotation S913 : plaie ouverte d'autres parties du pied ; F100 : intoxication alcoolique aiguë associée à une cotation S018 : plaie ouverte d'autres parties de la tête, ou S060 : commotion cérébrale ;

-F432 : trouble de l'adaptation ;

-F919 : trouble des conduites, sans précisions.

- Parmi les patients du groupe 1 :

Le diagnostic de psychose F2 était associé à d'autres troubles psychiatriques ou comportementaux, tels que les diagnostics F321 : épisode dépressif moyen, F329 : épisode dépressif sans précision, et F430 : Réaction aiguë à un facteur de stress (1 patient) ; le diagnostic R451 : agitation aiguë (3 patients) ; le diagnostic F4323 : trouble de l'adaptation avec prédominance d'une perturbation d'autres émotions (1 patient).

Sur les 7 patients de ce groupe, 5 présentaient donc une comorbidité psychiatrique.

## **2.2 Résultats secondaires**

### **2.2.1 Délais entre le premier et le deuxième passage au SAU**

18 patients des 2 groupes confondus sont passés la même année au SAU, 12 sont passés à un an d'intervalle, 6 à deux ans d'écart, 10 à plus de deux ans d'écart.

Concernant les patients du groupe 2 (absence de diagnostic F2 au premier passage), 16 ont eu un contact la même année avec le SAU, 8 ont eu un premier contact un an auparavant, 5 deux ans auparavant et 10 plus de deux ans auparavant. Finalement, la majorité des patients du groupe 2, 29 sur 39 soit 74%, sont passés aux urgences adultes deux fois dans un intervalle inférieur ou égal à 2 ans.

Nous avons calculé le délai moyen entre les deux passages du groupe 2, qui est d'environ 102 semaines, soit 25 mois, soit environ 2 ans. Le délai va de 3 jours à 9 ans et 7 mois.

### **2.2.2 Proportions hommes/femmes**

Sur l'ensemble des patients, nous avons constaté la moindre représentation des femmes : 12 femmes contre 34 hommes, soit 26%. Dans le groupe 1, les femmes sont par contre majoritaires, 3 femmes contre 4 hommes soit 75%. Les hommes sont plus représentés dans le groupe 2, 30 hommes contre 9 femmes, soit 78%.

### **2.2.3 Ages moyens**

L'âge moyen des hommes des deux groupes a été calculé à 21,8 ans, celui des femmes à 22,4 ans. Dans le premier groupe, l'âge moyen des femmes est de 21,3 ans, celui des hommes de 20,2 ans. Dans le second groupe, l'âge moyen des deux sexes confondus a été évalué à 22,2, l'âge moyen des femmes est de 22,8 ans, des hommes de 22,0 ans.

## **2.3 Résumé des caractéristiques du groupe 2**

Les patients pour lesquels un diagnostic F2 n'a pas été porté au premier passage représentent 85% de l'ensemble des patients de l'étude. Le délai moyen entre leurs deux contacts avec le SAU est de 2 ans et ce délai varie de 3 jours à 9 ans et 7 mois. Les sujets sont majoritairement des hommes -78%, d'âge moyen 22,2 ans. Lors du premier contact avec le SAU, 59% d'entre eux n'ont reçu aucun diagnostic. Pour les autres, les diagnostics posés étaient d'abord des

lésions traumatiques, et aussi une agitation, des intoxications alcooliques, un trouble de l'adaptation et une réaction aiguë au stress, et d'autres symptômes somatiques.

### **3. Discussion**

Il n'existe pas à notre connaissance d'études s'intéressant au repérage des psychoses débutantes au sein d'un service d'urgences. Notre enquête apporte des pistes de réflexion concernant le repérage et le dépistage d'une population adolescente et jeune adulte, en demande d'aide par le biais d'un service de soins de premier recours.

#### **3.1 Les services d'accueil des urgences adultes, un avant-poste du repérage**

On a vu que les SAU sont des lieux privilégiés de soins de premier recours facilement sollicités par la population, rencontrant tout type de situations de crise sanitaire ou sociale, de souffrances aiguës, et qu'ils représentent ainsi un poste intéressant de repérage des psychoses débutantes.

Il nous semble que le fait qu'une population jeune, sous-entendue une population présentant moins de troubles justifiant un recours aux soins, qui se présente aux urgences, n'est pas anodin, voire est déjà en soi un signe qui mérite qu'on lui accorde une attention.

Dans notre échantillon, une large majorité de patients - 85% - ayant reçu un diagnostic de psychose avait déjà été en relation avec ce service, et parmi eux, 74% dans un délai inférieur ou égal à 2 ans, en moyenne 2 ans auparavant - c'est-à-dire, de manière relativement rapprochée. Compte tenu de la dynamique d'apparition du trouble psychotique décrite auparavant, ces jeunes personnes, majoritairement des hommes à 78%, à qui on a diagnostiqué une psychose en moyenne à l'âge de 22,2 ans, présentaient des prodromes non spécifiques, associés à une vulnérabilité. Notre enquête est basée sur un échantillon trop faible pour pouvoir en tirer des conclusions valides, et il faudrait d'autres études comparatives pour montrer que des patients ayant développé une schizophrénie ont des demandes de soins supérieures à celles d'une population du même âge sans psychose. Malgré cela, nous pouvons

évoquer le fait qu'une vulnérabilité pré-psychotique, et a fortiori le bouleversement que provoque une entrée dans une schizophrénie, pourrait faire se tourner plus fréquemment qu'attendu chez une population du même âge, des jeunes personnes en phase pré-morbide ou prodromique vers des structures facilement accessibles et peu stigmatisantes, tels que les SAU.

Cela vient confirmer la place privilégiée des services d'accueil des urgences dans le cadre du repérage précoce.

### **3.2 Motifs de recours aux soins et diagnostics portés : des signes d'alerte d'une vulnérabilité ?**

Si des jeunes individus en situation de vulnérabilité pré-psychotique ou déjà en phase prodromique sont -plus fréquemment que des personnes de leur âge- en contact avec les urgences, nous pouvons nous interroger sur les motifs les conduisant au SAU, avant un motif explicitement lié à un épisode psychotique patent.

#### **3.2.1 Une fréquente absence de cotation diagnostique**

Au moment du premier passage des patients de notre enquête au SAU, nous avons relevé une absence de cotation diagnostique pour 59% d'entre eux.

Cette proportion importante de patients sans diagnostic interpelle, elle pourrait refléter une incertitude devant des symptômes divers, difficiles à circonscrire ou à catégoriser. En se gardant d'affirmer tout lien de corrélation, on pourrait faire le rapprochement avec l'aspécificité de la clinique des psychoses débutantes, qui peut engendrer une certaine confusion devant les symptômes présentés et une interrogation quant au diagnostic. Dans un autre cadre théorique, on pense également à l'«aspécificité du spécifique» qu'évoquait le psychiatre phénoménologue Blankenburg, à propos de la difficulté pour le patient de rendre compte du trouble -au sens littéral- et de ses troubles qu'induit l'entrée dans une maladie psychotique (voir la sous-partie « Perspectives »).

### 3.2.2 Des motifs de recours aux soins variés

Lorsqu'elles existaient, les cotations diagnostiques apparaissent comme variées, allant de l'intoxication aiguë à une douleur abdominale. Derrière ces cotations les motifs de recours aux soins peuvent être explicites –par exemple une chute avec un traumatisme crânien- ou moins évidents, comme une agitation ou une désorientation.

Les diagnostics les plus nombreux sont les lésions traumatiques (7 sur 16) associées ou non à une intoxication alcoolique aiguë. Ces diagnostics renvoient à des prises de risque, qui ont nécessité une hospitalisation au SAU. En cela ils pourraient déjà être considérés comme des signes d'alerte d'une certaine vulnérabilité. Parmi les autres diagnostics posés on retrouve des symptômes tels que « douleurs abdominales », « autres vertiges périphériques », ou des comportements de type « agitation ». Ces cotations diagnostiques pourraient faire penser à des manifestations « somato-psychiques » d'un trouble anxieux, dimension transversale à de nombreuses catégories diagnostiques psychiatriques dont la schizophrénie, et fréquemment retrouvée dans la phase prodromique des psychoses. La cotation F432 « trouble de l'adaptation » renvoie plus explicitement à une catégorie diagnostique classée dans la CIM-10 dans les troubles anxieux. Précisons qu'une méta-analyse de Fusar-Poli (Fusar-Poli et al, 2014 (38)) a constaté une prévalence de 15 % de troubles anxieux chez les patients à risque de transition psychotique.

Les autres cotations diagnostiques « F », en rapport explicite avec des « troubles mentaux et du comportement » sont un trouble des conduites et deux intoxications alcooliques aiguës. Deux cotations « R » (Symptômes, signes et résultats anormaux non classés ailleurs) - agitation et désorientation, symptômes transversaux par excellence de tout trouble de santé-pourraient éventuellement être mis en parallèle des cotations « F », comme possible conséquence d'un trouble psychique. Ces cotations « F » et potentiellement « R » peuvent dénoter une vulnérabilité psychique, et constituer un signe d'alerte.

Finalement, ces motifs de recours aux soins explicites ou non (par absence de diagnostic ou du fait d'une cotation diagnostique non étiologique mais symptomatique, largement transversale à diverses pathologies) pourraient se trouver un point commun : être le reflet d'une vulnérabilité psychique sous-jacente, qui en soi mériterait attention -de par la

souffrance possiblement engendrée-, et qui pourrait constituer un signe d'alerte d'une pathologie psychiatrique déjà constituée ou en devenir.

### **3.3 Le dépistage en question**

Dès lors que des sujets en âge d'apparition d'une maladie psychotique pourraient être sur-représentés aux urgences, et qu'il peut exister des signes d'alerte potentiels d'une vulnérabilité psychique voire psychotique, nous pouvons questionner l'intérêt d'un repérage aux urgences des psychoses débutantes.

#### **3.3.1 Intérêt de la détection précoce**

On a constaté précédemment le consensus actuel de la littérature sur les bénéfices de la réduction de la durée de psychose non traitée, en terme notamment de symptomatologie psychotique et de pronostic fonctionnel. L'intérêt de la détection précoce repose aussi, voire essentiellement, sur la prise en charge de la souffrance ressentie, des symptômes gênants, douloureux et/ou invalidants, qui altèrent la qualité de vie et le fonctionnement social, familial, scolaire, professionnel et peuvent parfois avoir des conséquences dramatiques.

Comme évoqué plus haut, Fusar-Poli et ses collaborateurs ont ainsi constaté une prévalence respectivement de 41 % et de 15 % de troubles dépressifs et anxieux, chez les patients à risque de transition psychotique (Fusar-Poli, 2014(38)). Chez ces patients, le risque suicidaire était majoré, le comportement plus fréquemment désorganisé, et on notait une apathie plus prononcée par rapport aux sujets indemnes d'anxiété et de dépression.

Aux urgences, le repérage précoce par une méthode de *screening* permettrait de mettre en évidence une vulnérabilité pré-psychotique ou déjà psychotique, pouvant évoluer sur le plan symptomatique : repérer aux urgences ces jeunes personnes plus fragiles avec des symptômes anxio-dépressifs notamment, conduirait à leur proposer un suivi spécifique, à les orienter précocement vers un professionnel de la santé mentale (psychologue ou psychiatre) et surtout à favoriser leur accès au système de soins dans le but premier d'apaiser leurs

symptômes et d'améliorer leur fonctionnement global, et le but secondaire plus hypothétique d'éviter ou de retarder une éventuelle transition psychotique.

### **3.3.2 Qui, quoi dépister et comment ? Cadre conceptuel et outils.**

Si l'on considère l'intérêt de ce dépistage, il importe de savoir précisément qui et quoi repérer ou identifier et par quels moyens.

- **Qui dépister**

L'existence de signes d'alerte potentiels d'une vulnérabilité psychique pourrait nous inciter à vouloir dépister en particulier les jeunes patients présentant ces signes, ou certains de ces signes qui seraient plus fréquemment associés à une vulnérabilité sous-jacente. Mais serait-il envisageable en pratique de réaliser -et d'abord proposer à la personne concernée- un dépistage pour une « simple » agitation, ou plus raisonnablement une conduite à risque, les abus de toxiques au premier plan ? On atteint ici les limites du dépistage (exposées un peu plus loin) au sein d'un service d'urgences.

- **Quoi et comment dépister : « Etats mentaux à haut risque » et outils de dépistage**

On a décrit dans un autre chapitre l'approche anglo-saxonne des « états mentaux à risque ou ultra haut risque » (UHR), qui définit des critères permettant une identification des sujets à risque de transition psychotique. Ces critères se basent sur des échelles d'évaluation développées dans un but de recherche clinique. Les plus utilisées sont celles de Young et Mac Gorry d'une part, la CAARMS, et celle de Miller et Mac Glashan d'autre part, la SIPS/SOP.

Cependant, l'emploi de ces échelles nécessite un certain entraînement dû à leur complexité, et la durée consacrée à leur passation est conséquente. Ces outils paraissent donc difficilement voire pas du tout adoptables en pratique clinique courante, en particulier dans des services d'urgences travaillant à flux quasiment constant et régulièrement tendu.

Plus récemment, des outils de dépistage inspirés des critères UHR ont été proposés à différentes fins, dont celles de dépistage en population générale et dans des populations en recherche d'aide.

Dans un article publié en 2014, Kline et Schiffmann (39) ont présenté une revue de la littérature se voulant éclairante sur l'usage d'auto-évaluations de dépistage des sujets à haut risque de transition psychotique.

Leur revue pointe la grande variabilité de sensibilité et de spécificité des outils de dépistage utilisés : les valeurs intrinsèques de l'outil diffèrent selon les choix faits dans les scores-seuil, les cadres d'application, les populations dépistées, les *gold-standard* employé (SIPS, CAARMS, schizotypy-focused interviews, Structured Clinical Interview for DSM Disorders...). Seules 2 études sur les 34 incluses dans la revue ont pu montrer des valeurs de sensibilité et de spécificité toutes les deux supérieures à 0.70.

La plupart des études utilisant un outil de dépistage à des fins d'évaluation clinique se sont intéressées à des populations de sujets requérant de l'aide et se trouvant au sein de structures psychiatriques. Kline et Schiffmann précisent que celles qui ont évalué les outils de dépistage en population générale - écoles, soins de premier recours et cadres communautaires-, ont généralement constaté la faible spécificité de ces outils. Nous relevons toutefois l'absence de distinction que font les auteurs entre population d'un milieu scolaire/universitaire (les écoles prenant un sens plus vaste dans le milieu anglo-saxon), d'une communauté et de soins de premiers recours ; et ce, alors que nous avons précédemment formulé l'hypothèse que les urgences, soins de premier recours, pouvaient rencontrer un nombre plus élevé d'individus débutant une maladie psychotique.

Bien qu'ils soient une piste intéressante, les outils de dépistage actuels demandent à être plus étudiés, notamment dans des populations spécifiques que sont celles des SAU, des Maisons des Adolescents, des lycéens consultant un médecin scolaire, afin d'améliorer leur fiabilité et leur validité, et d'être optimisés à des fins de pratique clinique usuelle.

### 3.3.3 Limites d'un dépistage aux urgences et en règle générale

En admettant le développement d'outils de dépistage applicables en pratique courante, dans le cadre des urgences, le repérage précoce par un dépistage systématique ne paraît pas évident. On pense tout d'abord, comme on l'a déjà évoqué, à son acceptabilité par les patients, particulièrement ceux qui ne présentent pas de symptômes anxieux et/ou dépressifs. En effet, il peut sembler inapproprié et inopportun de se voir proposer un auto-questionnaire ou d'être interrogé sur des symptômes sans relation évidente avec son motif d'hospitalisation, comme une lésion traumatique suite à une chute ou une bagarre. Même si l'évaluation de dépistage était acceptée, si elle s'avérait positive, il est encore peu certain que le sujet concerné approuve qu'on lui délivre une information sur son état psychiatrique ou des conseils de réduction des risques, qu'on évoque un suivi ou un traitement.

De plus, au vu du flux important de patients au SAU (142 patients par jour en moyenne en 2015, selon le rapport d'activité du CHU) et du nombre limité de soignants, dépister l'ensemble des jeunes gens de 16 à 30 ans prendrait un certain temps dont ne bénéficie que très peu le personnel des urgences. On pourrait alors avoir l'idée de cibler le dépistage en direction des sujets de cette tranche d'âge, à partir de certains signes de vulnérabilité potentielle prédéfinis. Mais le dépistage perd de son utilité s'il ne concerne plus qu'un nombre très faible de sujets, alors même que l'incidence des psychoses aux urgences, même supposée supérieure à celle de la population générale, n'est déjà pas élevée.

Enfin, on ne peut se passer d'une réflexion éthique sur le sujet du dépistage : ses bénéfices sont ainsi à contrebalancer avec ses risques, à savoir la stigmatisation et l'auto-stigmatisation (Corcoran, 2005 (38)), l'angoisse née du statut de malade potentiel, la perte de confiance et la péjoration de l'avenir, et l'éventuelle iatrogénie créée par une prise en charge précoce.

Nous rappelons page suivante les 10 points essentiels justifiant le dépistage d'une maladie. (d'après Obuchowski et autres, 2001 (40))

1. La maladie a des conséquences graves.
2. Il existe un haut niveau de prévalence d'une phase pré-clinique détectable.
3. Le dépistage détecte peu de pseudo-malade.
4. Le test de dépistage est très précis.
5. Le dépistage détecte la maladie avant un point critique.
6. Le dépistage cause peu de morbidité.
7. Le dépistage est abordable et disponible.
8. Un traitement existe.
9. Le traitement est plus efficace quand il est appliqué durant la phase détectée par le dépistage.
10. Le traitement n'est pas trop risqué.

Les limites sus-citées imposent de rester prudent et de continuer la réflexion sur la question du dépistage en général et dans les services d'urgences en particulier.

#### **4. Perspectives : apports du courant phénoménologique au repérage des psychoses débutantes**

A côté du développement récent d'outils de dépistage des sujets à risque de psychose, une autre piste pour évaluer et identifier les sujets en phase prodromique précoce a retenu notre attention. Il s'agit des apports du courant phénoménologique en psychiatrie, qui connaît un regain d'intérêt relativement récent, dans le champ de la recherche en psychopathologie et aussi en pratique clinique.

La phénoménologie est l'étude des phénomènes et se veut une « science rigoureuse » de l'expérience. Elle dérive des mots grecs *phainomenon*, « tout ce qui se manifeste à la conscience », et *logos*, « discours ». Elle est d'abord un courant philosophique, avec comme fondateur le philosophe et mathématicien Husserl, développé par la suite par Heidegger et ses successeurs. Son usage dans la psychiatrie anglaise, américaine et plus récemment germanique revient à Karl Jaspers. Le terme y est employé pour désigner « l'aspect d'expérience vécue subjective de la clinique, quand elle s'intéresse à ce que ressent le patient et à ce que la clinique peut en faire. » (G Lantéri-Laura, 2004 (42)).

La phénoménologie appliquée à la psychiatrie permet une approche fine et holistique de la personne, et est particulièrement adaptée à une discipline médicale ne pouvant se passer de la notion de subjectivité et d'inter-subjectivité. Elle peut donc apporter un complément aux approches médicales classiques, dans une approche explicative pluraliste des troubles psychiatriques.

Elle porte un intérêt particulier aux modifications de l'expérience subjective et aux symptômes subjectivement perçus, des symptômes qui seraient plus précoces et plus spécifiques dans le cadre de la schizophrénie débutante, et donc plus à même d'aider au repérage ou à la détection précoce des psychoses.

**Aux urgences**, il peut arriver qu'un soignant soit intrigué par un patient, de par son accoutrement, sa gestuelle, son attitude, ses mimiques ou au contraire son inexpressivité (...), lui attribuant alors souvent l'adjectif vague et subjectif de « bizarre » ; il pourrait aussi sentir comme une « impression schizophrénique » (Martin et Piot, 2011 (43)) émanant du patient. Ce soignant ferait ainsi une sorte de diagnostic atmosphérique, un « diagnostic par pénétration », pour reprendre l'expression employée par Minkowski. Si le diagnostic est posé en général sur des symptômes externes, le fait de suspendre tout a-priori théorique, de garder l'esprit vierge de toute connaissance dogmatique ou de pré-supposé sur les troubles -la réduction phénoménologique d'Husserl- et de se laisser imprégner par ce que dégage le patient, pourrait être une aide supplémentaire à l'établissement d'un diagnostic psychiatrique manquant souvent de reproductibilité. Jansson et autres ont en particulier souligné cette difficulté d'établir un diagnostic de schizophrénie à partir d'échelles objectives, qui sont en général de faible corrélation (inférieure à 0,6) (Jansson et al, 2002(44)).

Revenons au cas de ce patient suscitant une curiosité, un étonnement et peut-être cette « impression schizophrénique » : notre attention attirée, on pourrait alors imaginer l'interroger sur l'existence éventuelle de modifications de son expérience de Soi et du monde. Les questions pourraient porter aussi bien sur des symptômes subjectifs de dépersonnalisation ou de déréalisation, dont le patient aurait conscience et qu'il rapporterait avec ses propres mots, que sur d'autres symptômes plus variés de son vécu d'altération de Soi ou du monde, avec des questions du type « Avez-vous senti que votre perception du temps avait changé, comme si le temps était bloqué, coupé en morceaux ou était altéré d'une manière inexplicable ? » (d'après l'échelle du SELF, détaillée en annexes). On peut se poser la

question de la formalisation d'outils qui permettrait à ce moment-là d'objectiver un trouble schizophrénique débutant ou une vulnérabilité spécifique.

Différents chercheurs s'inspirant des idées de la phénoménologie classique se sont penchés sur la question des symptômes précoces de la schizophrénie débutante, de leur psychopathologie et d'un moyen de les opérationnaliser. Ainsi, **Louis Sass et Josef Parnas**, après avoir formulé l'hypothèse d'un trouble générateur des troubles du spectre schizophrénique, **l'altération de l'ipséité**, ont pu développer leurs propres échelles explorant ces manifestations subjectives : « Examination of Anomalous Self-Experience » (EASE) et « Examination of Anomalous World Experience » (Parnas et autres, 2005(45)). L'intérêt de ces échelles sont d'une part leur spécificité des troubles du spectre de la schizophrénie (distinguant troubles du spectre schizophréniques et apparentés, excluant les troubles bipolaires avec composante psychotique) ; d'autre part, de détecter des modifications de l'expérience subjective de Soi et du monde présentes à un stade précoce de la schizophrénie, alors que par les critères UHR, en ciblant avant tout les symptômes psychotiques spécifiques atténués sur un modèle objectif et critériologique, identifient les psychoses débutantes à un stade prodromique tardif. Les inconvénients principaux de ces échelles sont les mêmes que celles basées sur la notion d'état mental à risque de transition psychotique, à savoir leur complexité et leur durée de passation.

Récemment, contournant ces difficultés, une équipe danoise a créé un instrument de dépistage plus adapté à une pratique clinique « de routine », qui s'appuie sur des concepts phénoménologiques : le ***Self-Experience Lifetime Frequency Scale (SELF)*** (Heering et autres, 2016 (46)) dans le but de dépister les phénomènes d'altération de Soi. L'échelle s'est basée sur un outil de dépistage validé de symptômes de dépersonnalisation (*Depersonalization Severity Scale, DSS*), associé à des questions couvrant plusieurs autres domaines des altérations du self et basées sur l'EASE et la CAARMS. Les résultats de l'étude suggèrent que les items du SELF se regroupent en deux composantes, la première relative à des symptômes d'hyper-réflexivité et d'auto-affection amoindrie, la seconde relative à des symptômes de dépersonnalisation. Les patients présentant un trouble psychotique ont des scores plus élevés et plus sévères dans ces deux composantes, comparativement à leurs apparentés et au groupe sain.

Cependant, le but de l'étude n'était pas de tester la validité de l'échelle : la sensibilité diagnostique n'a pas été examinée, et les auteurs de l'étude n'ont pas discriminé les symptômes dissociatifs associés à des troubles non-psychotiques d'une part, des symptômes dissociatifs associés à des troubles psychotiques d'autre part.

Cette courte échelle, bien qu'encore imparfaite, s'ajoute aux outils de dépistage adaptés à une pratique clinique courante, avec l'originalité et le complément qu'offre son approche d'inspiration phénoménologique. Tout comme les autres instruments de dépistage, elle pourrait être un premier pas vers un examen plus approfondi, et utilisée dans des contextes cliniques (ou de recherche) variés.

## CONCLUSION

La schizophrénie débutante, dès les premières descriptions, a été considérée comme de repérage difficile. La maladie se développe dans la majorité des cas sous une forme progressive, subaiguë ou insidieuse. Ses manifestations cliniques sont confondantes, source d'errance voire d'erreurs diagnostiques : les signes observés sont en règle générale aspécifiques, atteignant toutes les dimensions symptomatiques, dont celles fréquemment retrouvées de l'anxiété et de la dépression. Quand il existe des signes plus spécifiques, comme des manifestations délirantes ou un retrait affectif, ils sont discrets ou souvent trop brefs pour atteindre un seuil diagnostique. Or il existe un réel enjeu autour du repérage précoce de la schizophrénie, comme différentes études sur la durée de psychose non traitée l'ont établi.

Les professionnels directement concernés par les psychoses débutantes sont ceux en lien avec une population jeune -adolescents et jeunes adultes- : enseignants, travailleurs sociaux, médicaux ou paramédicaux du milieu scolaire et universitaire et du secteur médico-social, mais aussi professionnels des Maisons Des Adolescents (MDA). Les soins de premiers recours, représentés en premier lieu par les médecins généralistes, et aussi par les structures d'urgences, sont également essentiels dans le repérage de troubles psychotiques débutants.

Notre enquête au Service d'Accueil des Urgences (SAU) du Centre Hospitalier Universitaire de Clermont-Ferrand a eu comme objectif de décrire de façon rétrospective, chez des patients pour lesquels un diagnostic de psychose a été posé au SAU, la fréquence d'un premier contact avec ce service et les motifs de ce premier passage.

Nous avons recueilli le nombre de sujets pour lesquels le diagnostic de psychose (cotation F2 selon la Classification Internationale des Maladies) a été posé lors d'un second passage aux urgences, entre le 01/01/2014 et 31/12/2016. Ces patients ont été divisés en deux groupes : l'un constitué des sujets pour lesquels un diagnostic F2 a été porté dès leur premier passage au SAU, l'autre constitué des sujets sans diagnostic F2 lors du premier passage. Notre étude a inclus des sujets dans la fourchette d'âge d'apparition de la schizophrénie, soit entre 16 et 30 ans. 85% des patients ont été en relation avec le SAU pour des motifs variés, avant qu'un diagnostic de psychose ne soit posé. Le délai avant diagnostic est en moyenne de 102 semaines, soit environ 2 ans, avec un intervalle allant de 3 jours à 9 ans et 5 mois.

Ces résultats, d'une part, et la revue de leurs premiers motifs de recours aux soins en relation majoritairement avec une vulnérabilité ou un probable début de maladie psychotique d'autre part, permettent d'ouvrir des pistes de réflexion concernant le dépistage des psychoses débutantes aux urgences et en pratique courante en général.

Pour mieux identifier les sujets en phase prodromique, il existe différents outils s'appuyant sur le concept de sujets à haut risque de transition psychotique ou se basant sur des approches d'inspiration phénoménologique, mais ils restent difficilement applicables en pratique courante. Un outil de dépistage a été proposé récemment par une équipe danoise, le *Self-Experience Lifetime Frequency Scale* (SELF), qui se base sur les modifications de l'expérience subjective et permettrait quant à lui une application dans la pratique clinique quotidienne. A côté de la nécessaire validation et de l'optimisation de l'usage d'outils de repérage pratiques et faciles à manier pour des professionnels spécialistes ou non-spécialistes, il faut souligner l'intérêt d'une sensibilisation et d'une formation des acteurs clés au repérage précoce, d'une optimisation du fonctionnement dans ce cadre des structures existantes comme les Maisons Des Adolescents, d'une meilleure visibilité et d'un accès facilité aux structures spécialisées tels que les Centres Experts. Sur le plan clinique, l'approche d'inspiration phénoménologique pourrait contribuer à une évaluation et une compréhension plus fines et plus globales des troubles psychotiques débutants ; et ainsi, procurer un bienfait (*care*) grâce au partage de l'impartageable avec ces sujets jeunes, souvent en proie à un grand désarroi, dans un contexte de grand bouleversement.

## BIBLIOGRAPHIE

1. Mac Gorry PD. A treatment-relevant classification of psychotic disorders. Aust N Z J Psychiatry 1995; 29:555-8.
2. Fennig S, Kovasznay B, Rich C et al. Six-months stability of psychiatric diagnoses in first-admission patients with psychosis. Am Psychiatry 1994; 151(8):1200-8.
3. Grivois H et Grosso L. La schizophrénie débutante. John Libbey Eurotext. 1998.
4. Conférence de consensus, HAS 2003.
5. Delamillieure P, Couleau M, Dollfus S, « Approches cliniques et diagnostiques du premier épisode psychotique », Annales Médico-Psychologiques, 2009 167:79-85.
6. El Khasen, Chauchot F, Canceil O, Krebs MO, Baylé FJ. « Les symptômes prodromiques de la schizophrénie », L'Encéphale - Vol. 29 - N° 6 - p. 469-477, décembre 2003.
7. Häfner et An der Heiden. IRAOS: an instrument for the assessment of onset and early course of schizophrenia. Schizophrenia Research 1992; 6:209-223.
8. Bleuler E., « Dementia praecox ou Groupe des schizophrénies », traduction Alain Viillard, éditions EPEL, 1993.
9. Mayer-Gross W, Die Klinik. In : Bumke O, ed. Handbuch der Geisteskrankheiten. Vol.9 : Die Schizophrenie. Berlin: J. Springer, 1932 : 293-578.
11. Cameron JP, « Early schizophrenia », American Journal Psychiatry, 1931 ; 95\_567-578 1938.
11. Chapman J, « The early symptoms of schizophrenia », Br. J. Psychiatry, 1966.112: 225-251.
12. Conrad K, « Die Beginnende Schizophrenie. Versuch einer Gestaltanalyse des Wahns ». Stuttgart : Thieme, 1958.
13. Häfner, Maurer et al, « The ABC schizophrenia study : a preliminary overview of the results » Society Psychiatry Epidemiology, 1998 ; 33 : 380-386

14. Häfner et An der Heiden, « IRAOS: an instrument for the assessment of onset and early course of schizophrenia », *Schizophrenia Research*, 1992 ; 6 : 209-223.
15. Krebs MO. *Signes précoces de schizophrénie*. Edition Dunod, 2015.
16. Young AR, Mac Gorry PD, « The prodromal phase of first episode psychosis : past and current conceptualisations », *Schizophrenia Bulletin*, 1996 ; 22 : 353-370
17. DSM-III, III-R, IV-R, V, *Manuel Diagnostique et Statistique des troubles mentaux*, JD Guelfi, Paris, Masson :1983, 1989, 1996, 2002, 2015.
18. Mac Glashan TH. Les prémices de la schizophrénies. In: de Clercq M, Peuskens J, editors. *Les troubles schizophréniques* . Paris, Bruxelles: De Boeck et Larcier; 2000. p. 87–125.
19. Craig, M.D., Evelyn J. Bromet, Ph.D., Shmuel Fennig, M.D., Marsha Tanenberg-Karant, M.D., Janet Lavelle, M.S., and Nora Galambos, Ph.D. « Is There an Association Between Duration of Untreated Psychosis and 24-Month Clinical Outcome in a First-Admission Series? » *Am J Psychiatry* 2000; 157:60–66.
20. De Haan L, Van Der Gaag, Wokthaus, « Duration of untreated psychosis and the long-term course of schizophrenia » *Eur Psychiatry J* 2000 ; 15 : 267-4.
21. Ho BC, Andreasen NC, Flaum M, et al. Untreated initial psychosis: its relation to quality of life and symptom remission in first-episode schizophrenia. *Am J Psychiatry* 2000;157:808–15.
22. Hoff AL, Sakuma M, Razi K, et al. Lack of association between duration of untreated illness and severity of cognitive and structural brain deficits at the first episode of schizophrenia. *Am J Psychiatry* 2000;157:1824–8.
23. Barnes T, Hutton B, Chapman MJ, Mutsatsa S, Puri B. K., Joyce Eillen M. « West London first-episode study of schizophrenia. Clinical correlates of duration of untreated psychosis » *The British Journal of Psychiatry* Sep 2000; 177 (3):207-211.
24. Norman RM, Malla AK. Duration of untreated psychosis: a critical examination of the concept and its importance. *Psychol Med* 2001;31:381–400
25. Marshall M, Lewis S, Lockwood A, Drake R, Jones P, Croudace T. Association between duration of untreated psychosis and outcome in cohorts of first-episode patients : a systematic review. *Arch Gen Psychiatry*. 2005;62:975–83.
26. Perkins DO, Hongbin et al Relationship between duration of untreated psychosis and outcome in first-episode schizophrenia : a critical review and meta-analysis . *Am. J.*

Psychiatry, 2005 ;162:1785-1804

27. Penttilä M, Jääskeläinen E, Hirvonen N, et al. Duration of untreated psychosis as predictor of long-term outcome in schizophrenia: systematic review and meta-analysis. *Br J Psychiatry* 2014;205:88–94.

28. Souaiby L, Gaillard R, Krebs MO : « *DUP : état des lieux et analyse critique* », *L'Encéphale* 42 (2016) 361-366

29. Keshavan MS, M.D. Gretchen Haas, ph.D. Jean Miewald, B.A. Debra M. Montrose, ph.D. Ravinder Reddy, M.D. Nina R. Schooler, ph.D. John A. Sweeney, ph.D. : « Prolonged Untreated Illness Duration From Prodromal Onset Predicts Outcome in First Episode Psychoses » *Schizophrenia Bulletin*, Volume 29, Issue 4, 1 January 2003, Pages 757–769

30. Crumlish N, Whitty P, Clarke M et al : « Beyond the critical period : longitudinal study of 8 years outcome in first episode non-affective psychosis » *British Journal Psychiatry* (2009) 194, 18–24. doi: 10.1192/bjp.bp.107.048942

31. Malla A, Norman R, Schmitz N, et al. Predictors of rate and time to remission in first-episode psychosis: a two-year outcome study. *Psychol Med* 2006;36:649–58.

32. Oppéit A et al. Détection précoce des troubles psychiques en milieu scolaire : le dispositif Fil Harmonie. 2017

33. Payne A. School predictors of the intensity of implementation of school-based prevention programs : results from a national study. *Prevention Science* volume 7

34. Fondation FondaMental/Institut MONTAIGNE « Prévention des maladies psychiatriques : pour en finir avec le retard français », étude octobre 2014.

35. 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.

36. Benvegny G. Thèse Repérage précoce des sujets à risque de transition psychotique en Institut Educatif Thérapeutiques et Pédagogiques. Enquête nationale et étude exploratoire. 2016.

37. Simon AE, Lauber C et al. General practitioners and schizophrenia : results from a swiss survey. *British Journal of Psychiatry*, 2005, 187 ; 174-281.

38. Fusar-Poli P, Nelson B, Valmaggia L, et al. Comorbid depressive and anxiety disorders in 509 individuals with an at-risk mental state: impact on psychopathology and transition to psychosis. *Schizophr Bull* 2014;40:120–31.
39. Line E et Schiffmann J. Psychosis risk screening: A systematic review. *Schizophrenia Research* 158 (2014) 11–18
40. Corcoran C, Malespina D, Hercher L, « Prodromal interventions for schizophrenia vulnerability: the risks of being “at risk” », *Schizophr Res.* 2005; 73(2-3): 173–184.
41. Obuchowski, N., Graham, R., Baker, M., Powell, K., 2001. Ten criteria for effective screening: their application to multi-slice CT screening for pulmonary and colorectal cancers. *Am. J. Roentgenol.* 176 (6), 1357–1362.
42. Lantéri-Laura G. Principales théories dans la psychiatrie contemporaine. *EMC-Psychiatrie* 1 (2004) 128–149.
43. Martin B et Piot MO. Approche phénoménologique de la schizophrénie. *John Libbey Eurotext , L’information psychiatrique* 10/2011; 56.
44. Jansson L, Handest P, Nielsen J, Sæbye D, Parnas J. Exploring boundaries of schizophrenia: a comparison of ICD-10 with other diagnostic systems in first-admitted patients. *World Psychiatry* 2002 ; 1 : 109-14.
45. Parnas J, Møller P, Kircher T, Thalbitzer J, Jansson L, Handest P, Zahavi D. EASE: Examination of Anomalous Self-Experience. *Psychopathology*, 38, 2005 ;236-258.
46. Heering H, D, Goedhart S, Bruggeman R, Cahn W, de Haan L, Kahn R et al Disturbed Experience of Self: Psychometric Analysis of the Self-Experience Lifetime Frequency Scale (SELF). *Psychopathology* 2016;49:69-76.

# ANNEXES

**Tableau 1 : La CAARMS, ses sept sous- échelles et 28 items. (Krebs, 2005)**

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 (a)
  - 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 (a)
  - 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 (a)
  - 6.2 Changements dans le fonctionnement moteur observé
  - 6.3 Plaintes subjectives d'altération des sensations corporelles (a)
  - 6.4 Plaintes subjectives d'altération des fonctions végétatives (a)
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 (a)

## 8. Critères d'inclusion

### 9. Seuil de psychose

### 10. Exclusion de l'étude

#### (a) Symptômes d' Huber

**Tableau 2 : Critères d'état mental à risque et psychose selon la CAARMS (Krebs, 2015)**

Groupe	Intensité des symptômes psychotiques *	Fréquence des symptômes psychotiques *	Durée	Fonctionnement
AR groupe I : Vulnérabilité **	aucun ou en dessous du seuil (si groupe I seulement) <b>Schizotypie OU histoire familiale de psychose</b>	aucun ou en dessous du seuil (si groupe I seulement) Si schizotypie : marqueurs traits continus	Si schizotypie : marqueurs traits mais altération significative du fonctionnement (cf. fonctionnement)	Chute d'au moins 30 % du score de la EFSP par rapport au niveau prémorbide OU score $\leq 50$ <b>Durant les 12 derniers mois</b>
AR groupe IIa: Psychose atténuée (a) intensité infraliminaire	<b>Présent mais en dessous du seuil</b> : sévérité de 3 à 5 pour items 1.1 & 1.2 OU 3-4 pour item 1.3 OU 4-5 pour item 1.4	<b>seuil atteint</b> fréquence de 3 à 6 *** (au moins un item 1.1 à 1.4) pendant une semaine OU fréquence 2 au moins 2 fois (4 fois minimum en tout)	<b>Présents durant les 12 derniers mois</b>	Chute d'au moins 30 % du score de la EFSP par rapport au niveau prémorbide OU score $\leq 50$ <b>Durant les 12 derniers mois</b>
AR groupe IIb : Psychose atténuée (b) fréquence infraliminaire	<b>seuil atteint</b> : sévérité = 6 pour item 1.1-2 et 4 ; $\geq 5$ pour item 1.3	<b>Présent mais en dessous du seuil</b> Fréquence = 3 ou moins	<b>Présents durant les 12 derniers mois</b>	Chute d'au moins 30 % du score de la EFSP par rapport au niveau prémorbide OU score $\leq 50$ <b>Durant les 12 derniers mois</b>
AR groupe III : BLIPS Psychose limitée intermittente brève	<b>seuil atteint</b> sévérité = 6 pour item 1.1-2 et 4 ; $\geq 5$ pour item 1.3	<b>seuil atteint</b> fréquence de 4 à 6 ***	<b>moins d'1 semaine + disparition spontanée +Présents durant les 12 derniers mois</b>	Chute d'au moins 30 % du score de la EFSP par rapport au niveau prémorbide OU score $\leq 50$ <b>Durant les 12 derniers mois</b>
Psychose	<b>seuil atteint</b> sévérité = 6 pour item 1.1-2 et 4 ; $\geq 5$ pour item 1.3	<b>seuil atteint</b> fréquence de 4 à 6 ***	<b>Plus d'1 semaine</b>	

Seuls les symptômes psychotiques positifs sont pris en compte pour les critères de psychose atténuée et de BLIPS item de la sous-échelle positive : 1.1 : troubles du contenu de la pensée ; 1.2 : Idées non bizarres ; 1.3 : Anomalies de la perception ; 1.4 : Discours désorganisé AR : A risque ; BLIPS (Brief Limited Intermittent Psychotic Symptoms) ; EFSP : Échelle de Fonctionnement Social et Professionnel (SOFAS)

\*\* peut être associé aux autres groupes. En cas de cotation unique, on priorisera le groupe le plus sévère : III > II > I

\*\*\* fréquence 2 : une fois par mois jusqu'à 2 fois par semaine pendant moins d'une heure à chaque occasion, fréquence 3 = plus d'une fois par mois mais moins de 2 fois par semaine si durée des symptômes de plus d'une heure OU 3 à 6 fois par semaine si durée de moins d'une heure ; fréquence 4 : 3 à 6 fois par semaine si durée de plus d'une heure ou quotidiennement si moins d'une heure ; fréquence 5 : quotidiennement plus d'une heure ou plusieurs fois par jour ; fréquence 6 : continuellement

**Tableau 3. Self-Experience Lifetime Frequency scale (SELF) (Hearing et al, 2016.)**

	How often in your life have you had the described experience? Rank A	How distressed were you by this experience? Rank B
1. Have you felt as if you were standing next to yourself or watched yourself like looking at someone else or as if in a movie?	<input type="checkbox"/> 0 Never <input type="checkbox"/> 1 Sometimes <input type="checkbox"/> 2 Regularly <input type="checkbox"/> 3 Often <input type="checkbox"/> 4 All the time	<input type="checkbox"/> 0 Not distressed <input type="checkbox"/> 1 Mildly distressed <input type="checkbox"/> 2 Moderately distressed <input type="checkbox"/> 3 Very distressed <input type="checkbox"/> 4 Severely distressed
2. Have you felt as if your whole body or parts of your body were detached or did not belong to you?	<input type="checkbox"/> 0 Never <input type="checkbox"/> 1 Sometimes <input type="checkbox"/> 2 Regularly <input type="checkbox"/> 3 Often <input type="checkbox"/> 4 All the time	<input type="checkbox"/> 0 Not distressed <input type="checkbox"/> 1 Mildly distressed <input type="checkbox"/> 2 Moderately distressed <input type="checkbox"/> 3 Very distressed <input type="checkbox"/> 4 Severely distressed
3. Have you felt unreal or like a stranger to yourself?	<input type="checkbox"/> 0 Never <input type="checkbox"/> 1 Sometimes <input type="checkbox"/> 2 Regularly <input type="checkbox"/> 3 Often <input type="checkbox"/> 4 All the time	<input type="checkbox"/> 0 Not distressed <input type="checkbox"/> 1 Mildly distressed <input type="checkbox"/> 2 Moderately distressed <input type="checkbox"/> 3 Very distressed <input type="checkbox"/> 4 Severely distressed
4. Have you looked in the mirror and felt disconnected from your own image?	<input type="checkbox"/> 0 Never <input type="checkbox"/> 1 Sometimes <input type="checkbox"/> 2 Regularly <input type="checkbox"/> 3 Often <input type="checkbox"/> 4 All the time	<input type="checkbox"/> 0 Not distressed <input type="checkbox"/> 1 Mildly distressed <input type="checkbox"/> 2 Moderately distressed <input type="checkbox"/> 3 Very distressed <input type="checkbox"/> 4 Severely distressed
5. Have you felt like you were in a dream or just going through the motions?	<input type="checkbox"/> 0 Never <input type="checkbox"/> 1 Sometimes <input type="checkbox"/> 2 Regularly <input type="checkbox"/> 3 Often <input type="checkbox"/> 4 All the time	<input type="checkbox"/> 0 Not distressed <input type="checkbox"/> 1 Mildly distressed <input type="checkbox"/> 2 Moderately distressed <input type="checkbox"/> 3 Very distressed <input type="checkbox"/> 4 Severely distressed
6. Have you felt as if your speech, voice, movements or behaviour were somehow not controlled by you or not connected to you?	<input type="checkbox"/> 0 Never <input type="checkbox"/> 1 Sometimes <input type="checkbox"/> 2 Regularly <input type="checkbox"/> 3 Often <input type="checkbox"/> 4 All the time	<input type="checkbox"/> 0 Not distressed <input type="checkbox"/> 1 Mildly distressed <input type="checkbox"/> 2 Moderately distressed <input type="checkbox"/> 3 Very distressed <input type="checkbox"/> 4 Severely distressed
7. Have you felt that your sense of time had changed, as if time was blocked, cut into pieces or was altered in some inexplicable way?	<input type="checkbox"/> 0 Never <input type="checkbox"/> 1 Sometimes <input type="checkbox"/> 2 Regularly <input type="checkbox"/> 3 Often <input type="checkbox"/> 4 All the time	<input type="checkbox"/> 0 Not distressed <input type="checkbox"/> 1 Mildly distressed <input type="checkbox"/> 2 Moderately distressed <input type="checkbox"/> 3 Very distressed <input type="checkbox"/> 4 Severely distressed
8. Have you felt that as if your inner world of thoughts, fantasies, memories or plans got mixed up with what happened in reality?	<input type="checkbox"/> 0 Never <input type="checkbox"/> 1 Sometimes <input type="checkbox"/> 2 Regularly <input type="checkbox"/> 3 Often <input type="checkbox"/> 4 All the time	<input type="checkbox"/> 0 Not distressed <input type="checkbox"/> 1 A little distressed <input type="checkbox"/> 2 Mildly distressed <input type="checkbox"/> 3 Moderately distressed <input type="checkbox"/> 4 Severely distressed
9. Have you felt that your thoughts, feelings and/or actions were in some way disconnected from each other or from yourself?	<input type="checkbox"/> 0 Never <input type="checkbox"/> 1 Sometimes <input type="checkbox"/> 2 Regularly <input type="checkbox"/> 3 Often <input type="checkbox"/> 4 All the time	<input type="checkbox"/> 0 Not distressed <input type="checkbox"/> 1 Mildly distressed <input type="checkbox"/> 2 Moderately distressed <input type="checkbox"/> 3 Very distressed <input type="checkbox"/> 4 Severely distressed
10. Have you felt that common sense of the world around you had been lost?	<input type="checkbox"/> 0 Never <input type="checkbox"/> 1 Sometimes <input type="checkbox"/> 2 Regularly <input type="checkbox"/> 3 Often <input type="checkbox"/> 4 All the time	<input type="checkbox"/> 0 Not distressed <input type="checkbox"/> 1 Mildly distressed <input type="checkbox"/> 2 Moderately distressed <input type="checkbox"/> 3 Very distressed <input type="checkbox"/> 4 Severely distressed

**Tableau 3 suite.**

	How often in your life have you had the described experience? Rank A		How distressed were you by this experience? Rank B
11. Have you ever had the disturbing experience that you had to think about the most self-evident things, such as your thinking, everyday actions or objects?	<input type="checkbox"/> 0 Never	<input type="checkbox"/> 1 Sometimes <input type="checkbox"/> 2 Regularly <input type="checkbox"/> 3 Often <input type="checkbox"/> 4 All the time	<input type="checkbox"/> 0 Not distressed <input type="checkbox"/> 1 Mildly distressed <input type="checkbox"/> 2 Moderately distressed <input type="checkbox"/> 3 Very distressed <input type="checkbox"/> 4 Severely distressed
12. Do you feel that the relationship between yourself and your surroundings has changed profoundly and fundamentally because of having the above-mentioned experience(s)?	<input type="checkbox"/> 0 Never	<input type="checkbox"/> 1 Sometimes <input type="checkbox"/> 2 Regularly <input type="checkbox"/> 3 Often <input type="checkbox"/> 4 All the time	<input type="checkbox"/> 0 Not distressed <input type="checkbox"/> 1 Mildly distressed <input type="checkbox"/> 2 Moderately distressed <input type="checkbox"/> 3 Very distressed <input type="checkbox"/> 4 Severely distressed

Questions 1–6 are translated from the DSS [15], while questions 7–11 were adapted from the EASE [9] and question 12 from the CAARMS [16].

