

# Le Centre de liaison et d'intervention précoce (CLIP) : l'exemple nancéien d'un partenariat avec la Maison des adolescents dans la prise en charge précoce des psychoses émergentes

Thibault Mignot<sup>1</sup>  
Marie-Thérèse Bazille<sup>2</sup>  
Florent Bernardin<sup>1,3</sup>  
Raymund Schwan<sup>1,3</sup>  
Vincent Laprevote<sup>1,3</sup>

<sup>1</sup> Centre de liaison et d'intervention précoce (CLIP), Pôle hospitalo-universitaire de psychiatrie d'adultes du Grand Nancy, Centre psychothérapeutique de Nancy

<sup>2</sup> Maison des adolescents de Meurthe-et-Moselle, établissement de l'Office d'hygiène sociale (OHS) de Lorraine, Nancy, France

<sup>3</sup> Inserm U1114, Fédération de médecine translationnelle de Strasbourg, Département de psychiatrie, Centre hospitalier régional universitaire de Strasbourg, Strasbourg, France

Rubrique coordonnée par  
J. Oureib, S. Parizot et Ph. Conus

**Résumé.** La littérature est actuellement consensuelle quant au fait de reconnaître l'existence de symptômes psychotiques précocement identifiables avant l'écllosion d'un épisode psychotique. Des critères objectifs et unanimes définissent ainsi des états mentaux à risque de développer un épisode psychotique. L'intérêt et l'efficacité d'une intervention précoce sont désormais démontrés. Cependant peu de centres existent actuellement à l'échelle de la France. Le Centre de liaison et d'intervention précoce de Nancy est le fruit d'un partenariat entre la psychiatrie et la Maison des adolescents de Meurthe-et-Moselle pour une intervention précoce dans le cadre de la psychose émergente. Nous décrivons dans cet article les modalités de recrutement, d'évaluation et de soins de ce centre.

**Mots clés :** premier épisode psychotique, prise en charge, maison des adolescents, facteur de risque, centre psychothérapeutique de Nancy, retour d'expérience

**Abstract. The Liaison and Early Intervention Center (CLIP): the Nancy example of a partnership with the Center for Adolescents in the early management of emerging psychoses.** Many studies have shown that prodromal symptoms can be identified months or years before the onset of psychosis. Different criteria of at risk mental state have been defined. Numerous studies have also shown the efficacy and the interest of an early stage intervention. Unfortunately, very few centres have been created in France to date. CLIP is a French example of that kind of centre. It is located in Nancy and results from a partnership between the psychiatric services and the adolescent centre (Maison des adolescents). In this article, we describe recruitment, evaluation and therapeutic modalities of the centre.

**Key words:** First psychotic episode, management, adolescent centre, risk factor, Nancy psychotherapy center, feedback

**Resumen. Centro de enlace e intervención precoz (CEIP): el ejemplo en la ciudad de Nancy de una asociación con la Casa de los Adolescentes en la atención precoz de las psicosis emergentes.** La literatura manifiesta actualmente un consenso en cuanto a reconocer la existencia de síntomas psicóticos precocemente identificables antes del surgimiento de un episodio psicótico. Unos criterios objetivos y unánimes definen así unos estados mentales con riesgo de desarrollar un episodio psicótico. El interés y la eficacia de una intervención precoz están en adelante demostrados. Sin embargo pocos centros existen actualmente a nivel francés. El Centro de Enlace e Intervención de la ciudad de Nancy es fruto de una asociación entre la psiquiatría y la Casa de los Adolescentes del departamento de Meurthe-et-Moselle para una intervención precoz en el marco de la psicosis emergente. Describimos en este artículo las modalidades de reclutamiento, evolución y atención en este centro.

**Palabras claves:** primer episodio psicótico, atención, casa de los adolescentes, factor de riesgo, centro psicoterápico de Nancy, experiencia adquirida

## Introduction

Les troubles psychotiques chroniques dont la principale et plus fréquente représentante est la schizophrénie,

constituent un enjeu majeur en psychiatrie de par leur impact sur la vie des patients et leurs familles. La prévalence de la schizophrénie est actuellement estimée entre 0,5 à 1 % de la population [1, 2]. L'âge de survenue de cette maladie se situe entre 15 et 25 ans, c'est-à-dire une période cruciale de la vie au cours de laquelle l'adolescent ou le jeune adulte est en pleine construction

**Correspondance :** T. Mignot  
<thibault.mignot@cpn-laxou.com>

sur le plan personnel, scolaire, professionnel et social. Ces troubles se caractérisent par l'apparition plus ou moins soudaine d'une triade symptomatique composée de symptômes dits positifs ou productifs, comme des idées délirantes ou des hallucinations, de symptômes dits négatifs définis par l'apragmatisme, la pauvreté des affects ou le retrait social ainsi que de symptômes de désorganisation correspondant à une perte de cohésion et d'unité des pensées, du discours, des affects et du comportement. Outre ces symptômes qui permettent d'établir le diagnostic, les troubles psychotiques et notamment la schizophrénie, sont également caractérisés par la présence de troubles cognitifs qui peuvent influencer l'apparition des symptômes précités et contribuent directement ou indirectement au pronostic fonctionnel de la maladie. Ces troubles concernent notamment la neurocognition (incluant la mémoire, l'attention et les fonctions exécutives), la métacognition (la prise en compte de son propre fonctionnement cognitif) et la cognition sociale (la prise en compte du fonctionnement cognitif et des émotions d'autrui) [3].

Compte tenu du caractère chronique de la pathologie, de la pérennité des symptômes et du retentissement fonctionnel, professionnel et social, l'OMS a classé la schizophrénie parmi les dix causes majeures de handicap [4]. Cela est également expliqué par l'importante réduction d'espérance de vie associée à cette maladie, estimée en moyenne jusqu'à 22 années perdues en comparaison à la population générale [5]. Parmi les causes à l'origine de cette mortalité, il faut évoquer le suicide puisque celui-ci concerne 5 à 13 % des patients atteints de schizophrénie [6, 7]. Certaines études ont rapporté qu'une tentative de suicide surviendrait chez près de la moitié des patients au cours de leur vie [8]. Les affections habituelles mais surtout cardiovasculaires expliquent également l'augmentation de la mortalité chez les patients atteints de pathologies psychotiques [9]. À côté de ces conséquences à l'échelle individuelle, les troubles psychotiques engendrent des conséquences sociétales dans la mesure où les soins directs représentent un coût moyen annuel de 23 929 € pour une personne en France [10]. Plus largement, l'ensemble des coûts annuels pour la société a été estimé au Royaume-Uni à 6,7 milliards de livres en 2004-2005 dont 2 milliards pour les soins et 4,7 milliards de coûts indirects pour la société [11].

## La psychose : un modèle progressif de développement

De façon consensuelle, le début des troubles a longtemps été associé au premier épisode psychotique. La littérature a tout de même mis en évidence qu'il existait un long délai entre le début du premier épisode et l'instauration d'un traitement efficace. Ce délai reflétant

le retard d'accès aux soins correspond à la durée de psychose non traitée (DPNT), estimée entre 1 à 2 ans [12, 13]. La littérature a également mis en évidence que cette DPNT était précédée de symptômes prodromaux aspécifiques initialement puis plus spécifiques et identifiables ensuite, constituant alors plus largement en s'associant avec la DPNT, la durée de maladie non traitée (DMNT) [14].

La littérature centrée sur ces symptômes précocement identifiables (nous citons ici notamment la littérature anglophone), met en évidence un modèle de développement progressif des troubles psychotiques [15, 16]. Selon ce modèle et en fonction de différents critères, peuvent être identifiés des états mentaux à risque de psychose.

Ces états mentaux à risque ont été décrits au travers de différentes caractéristiques comme les symptômes de base d'une part et les critères *ultra high risk* (UHR) d'autre part.

Les symptômes de base ont été les premiers utilisés à partir des travaux de psychiatres allemands comme Huber [17, 18] ou encore Schultze-Lutter [19]. Ils sont caractérisés par des plaintes subjectives dans les domaines cognitifs, affectifs, moteurs et des relations sociales. Ainsi, ces symptômes regroupent par exemple l'impression d'un affaiblissement de la capacité à se concentrer, à mémoriser, à ressentir les émotions en passant de l'irritabilité ou l'excitabilité jusqu'à l'émoussement affectif total. Ils regroupent également l'impression d'être moins habile, plus maladroit, de manquer de coordination ou encore la sensation de perte d'énergie et de motivation ainsi que des difficultés à comprendre les autres, se faire comprendre ou exprimer ses idées de façon claire. Ils ont la caractéristique d'être purement subjectifs c'est-à-dire perçus par le patient uniquement et non observables objectivement.

Une seconde approche des états mentaux à risque repose sur les critères UHR. Elle constitue une approche plus tardive dans la mesure où elle se focalise, pour définir les critères UHR, sur des symptômes qui, dans le processus de développement progressif de la maladie psychotique, apparaissent plus tardivement que les symptômes de base. Ainsi, ces critères (UHR) identifient plusieurs groupes à risque définis spécifiquement. D'une part un groupe de vulnérabilité génétique défini par la présence d'antécédents familiaux de psychose (au premier degré de parenté). D'autre part un groupe défini par l'existence de symptômes psychotiques atténués (SPA) correspondant à la présence d'authentiques idées délirantes, hallucinations ou encore de désorganisation, à une fréquence et/ou une intensité insuffisantes pour répondre aux critères diagnostiques de l'épisode psychotique bref. Ces critères UHR identifient aussi un groupe caractérisé par l'apparition de symptômes psychotiques francs et continus, disparaissant spontanément en moins d'une semaine et ainsi nommés symptômes psychotiques

brefs, limités et intermittents (SPLI). L'ensemble de ces symptômes doit s'accompagner d'un retentissement fonctionnel afin de répondre aux critères UHR. Ce retentissement doit être évalué grâce à des outils comme la *Social and Occupational Functioning Assessment Scale (SOFAS)*, dérivée de l'*Échelle d'évaluation globale du fonctionnement (EGF)* elle-même traduction de la *Global Assessment of Functioning (GAF)*.

Chronologiquement, il est désormais admis que les symptômes de base apparaissent en phase très précoce dans l'évolution de la maladie pour s'associer ensuite aux SPA ou aux SPLI. Concernant la spécificité de ces symptômes de base, une étude de Meng *et al.* [20] a comparé leur fréquence d'une part dans une population d'adolescents suivis pour un premier épisode psychotique bref, d'autre part dans une population d'adolescents suivis pour un trouble psychiatrique non psychotique et enfin dans un groupe contrôle d'adolescents représentatifs de la population générale. Les résultats montrent que ces symptômes de base sont retrouvés chez 30 % des adolescents de la population générale, 81 % des adolescents suivis pour un trouble psychiatrique non psychotique et chez 96 % des adolescents suivis pour un premier épisode psychotique bref. Les symptômes cognitifs sont d'ailleurs ceux permettant le mieux de faire la distinction entre troubles psychotiques et non psychotiques. La *figure 1* en fin d'article (page 526) illustre la chronologie d'apparition des symptômes précédemment décrits ainsi que leur articulation dans l'état mental à risque de psychose.

## Enjeu d'une détection précoce

L'enjeu idéal de la détection précoce serait d'empêcher l'apparition de la maladie psychotique grâce à une intervention à l'aube du processus pathologique. Néanmoins nous avons cité précédemment l'existence des notions de durée de maladie non traitée (DMNT) et durée de psychose non traitée (DPNT). Or la littérature a mis en évidence qu'elles conditionnent très nettement le pronostic. En effet, une longue DPNT est associée à une plus faible rémission clinique concernant les symptômes positifs, une sévérité de la maladie plus élevée de même qu'un fonctionnement global plus mauvais [21]. Or celle-ci est actuellement estimée entre 1 à 2 années en moyenne [12, 13]. De ce fait, quand bien même une transition vers la psychose ne pourrait être évitée, réduire cette DPNT en instaurant un traitement médical plus rapidement que cela n'est le cas actuellement, constitue déjà un enjeu essentiel d'autant plus qu'une DPNT élevée, nous l'avons vu, expose le patient à un risque de désinsertion sociale au travers de l'isolement ainsi que du décrochage scolaire ou professionnel. De plus, l'émergence des symptômes psychotiques en dégradant le rapport du patient à la réalité, contribue à altérer les capacités de celui-ci à

consentir aux soins. Cela nécessite donc parfois le recours à une mesure de soins sous contrainte, dans l'urgence, qui ne constitue pas une porte d'entrée optimale et sereine dans les soins psychiatriques. De plus, nous l'avons vu, une DPNT longue expose le patient à une plus mauvaise rémission clinique ainsi qu'un fonctionnement global plus médiocre [21]. Cela suggère donc dans ces situations la nécessité d'hospitalisations plus longues, accentuant à leur tour la distension des liens sociaux et l'exclusion sociale déjà significatives. Intervenir en amont de l'éclosion bruyante des symptômes permet au patient de bénéficier d'une information à un moment où il est encore en mesure de la recevoir et de décider en conscience d'adhérer à l'accompagnement proposé. En dépit de quelques polémiques en lien avec une appréhension de la stigmatisation des sujets dits « à risque » ou concernant certains enjeux éthiques, les arguments d'une intervention précoce sont nombreux [22]. C'est pourquoi les instances psychiatriques internationales préconisent désormais cette dynamique d'intervention précoce [23]. Cette intervention précoce doit se faire sur la base de centres de soins ambulatoires, permettant un maintien dans la communauté. Ces centres doivent idéalement être réactifs et proposer des soins intensifs sur une durée déterminée.

Une méta-analyse récente [23] recense 15 essais cliniques comparatifs et randomisés et conclue à une efficacité significative de l'intervention précoce auprès de sujets à risque en permettant une réduction du risque de transition vers la psychose de 64 % à 6 mois (nombre de sujets à traiter = 15) et de 59 % à 18 mois (nombre de sujets à traiter = 13).

## Le Centre de liaison et d'intervention précoce (CLIP) : l'exemple nancéen

La France accuse un retard considérable dans le domaine de l'intervention précoce auprès de patients présentant un trouble psychotique débutant dans la mesure où de nombreux pays dans le monde ainsi qu'en Europe, ont déjà mis en place ce type de centre. Néanmoins, la volonté d'intervenir précocement auprès de ces patients infuse progressivement la pratique française à l'image d'initiatives récentes créées sur le territoire [24, 25]. C'est en s'appuyant sur les connaissances scientifiques actuelles dans le domaine de la psychose, accumulées au cours des dernières années et en tenant compte de la proposition de soins aujourd'hui disponible en France qu'est né le projet de créer un centre de détection précoce.

En vue de cet objectif, le Centre psychothérapeutique de Nancy (CPN) en tant que promoteur semblait disposer des caractéristiques nécessaires. L'établissement couvre en effet les besoins de psychiatrie publique du sud du département de Meurthe-et-Moselle et dis-

pose à ce titre d'un réseau de partenaires très étendu notamment les structures médico-sociales, les structures éducatives ou encore les partenaires médicaux du secteur libéral. L'établissement comprend entre autres un pôle de psychiatrie universitaire pour la zone géographique du Grand Nancy, comprenant une population de 250 000 à 300 000 habitants, parmi laquelle un nombre considérable d'étudiants avec de ce fait des besoins réels. C'est pourquoi ce pôle est apparu pertinent pour l'implantation du CLIP.

Il restait à définir le lieu le plus opportun pour accueillir ce centre. L'idée de l'implanter au sein du centre hospitalier psychothérapique qui, pour un grand nombre encore reste négativement connoté par une image malheureusement désuète et souvent erronée de la psychiatrie, a très vite été abandonnée. En effet, comment apprivoiser de jeunes consultants considérant pour l'heure et à juste titre ne présenter aucune pathologie avérée et n'être de ce fait aucunement concerné par un problème de santé mentale. Il était dès lors prioritaire de trouver un lieu facilement accessible, non stigmatisant, c'est-à-dire sans identification directe à la psychiatrie et susceptible d'accueillir de jeunes individus ainsi que leurs proches au sein même de la communauté à l'image des modèles internationaux comme OASIS (*Outsearch And Support In South London*) au Royaume-Uni ou PACE (*Personal Assessment and Crisis Evaluation*) en Australie. On peut aisément imaginer qu'une structure ouverte, située dans un quartier discret à l'intérieur même de la communauté, destinée à l'accueil spontané des adolescents et leur famille, constitue une porte plus facile à pousser que celle d'un établissement psychiatrique identifié comme tel. Ces caractéristiques sont regroupées dans la culture anglo-saxonne sous le terme de « *youth friendly* » qu'il est difficile si ce n'est impossible de traduire et de retranscrire en langue française autrement que par des approximations comme « destiné aux jeunes », « adapté aux jeunes » ou encore « jeunes-compatible ». C'est ainsi qu'en tenant compte de ces critères, la Maison des adolescents (MDA) de Meurthe-et-Moselle, située à Nancy a été choisie pour accueillir en son sein le CLIP.

Créées il y a un peu plus de 10 ans, les maisons des adolescents (MDA) sont des dispositifs ayant pour vocation : l'accueil, l'information, la prévention, la promotion de la santé, l'accompagnement et la prise en charge multidisciplinaire, de l'adolescent, sa famille ainsi que les professionnels qui les entourent. Elles doivent ainsi être considérées comme des plateformes d'accueil et d'orientation des jeunes, des centres de ressource pour les adultes, des lieux de prévention et de coordination des réseaux professionnels.

Leur cahier des charges définit précisément les missions d'accueil suivantes : l'accueil généraliste, déstigmatisé et sans rendez-vous des adolescents et de leurs familles ; l'évaluation des situations cliniques et chaque fois que nécessaire, l'orientation vers les

structures les mieux adaptées ; les soins médico-psychologiques et somatiques ; l'accompagnement socio éducatif ; la prévention et la promotion de la santé.

Il définit également des missions de coordination et d'appui aux acteurs : la contribution à la coordination des parcours de santé ; le soutien aux professionnels, notamment dès lors que ceux-ci atteignent isolément ou institutionnellement les limites de leurs compétences ; la sensibilisation et la formation aux problématiques de l'adolescence, spécifiquement sur la santé et la santé mentale ; l'animation et la coordination du réseau des professionnels de l'adolescence.

Cette mission des Maisons des adolescents (MDA) se veut en général de courte durée d'autant que la tranche d'âge à laquelle elles sont destinées correspond aux 11-25 ans. De plus la MDA de Meurthe-et-Moselle se montrait capable de réunir jeunes et professionnels dans une configuration intimiste et informelle en s'appuyant sur un aménagement intérieur coloré, moderne et confortable à l'image de celui rencontré dans certaines chaînes de café « cosy » très prisées des jeunes.

La MDA de Meurthe-et-Moselle à Nancy regroupait donc toutes les caractéristiques recherchées et donc autant d'atouts pour accueillir un dispositif de détection et de prévention de la santé mentale des adolescents et jeunes adultes en adéquation avec le modèle « esprit jeune » tel que le nécessitait le CLIP.

Le CLIP a pour objectif de faciliter l'accès aux soins et de proposer un parcours personnalisé à de jeunes personnes chez lesquelles un risque de développer des troubles psychotiques a été mis en évidence. Ces personnes, après une évaluation initiale puis des évaluations régulières, se voient proposer un accompagnement spécifique dans le but de prévenir le risque de transition vers la psychose ou encore de diminuer la durée de psychose non traitée dans l'éventualité où celle-ci émerge.

## L'offre de soins proposée au CLIP

L'intervention médicale n'est pas prépondérante en dehors de cas particuliers dans la mesure où les traitements médicamenteux antipsychotiques ne sont pas proposés en priorité chez ces jeunes patients chez qui les effets secondaires seraient supérieurs aux bénéfices apportés. Les traitements pharmacologiques doivent être centrés sur la prise en charge des comorbidités anxieuses ou dépressives. Cependant l'utilisation des antipsychotiques de seconde génération est recommandée, aux doses efficaces les plus faibles, lors de la présence de symptômes positifs invalidants de sorte à permettre l'accès aux thérapies non pharmacologiques [23].

Le CLIP n'est donc de ce fait pas organisé sur un modèle médical en première intention mais plutôt sur le modèle du *case management* qui dans notre centre peut

être une mission assurée par un infirmier ou un psychologue. Le *case manager*, un concept là encore difficile à retranscrire finement en français, constitue l'intervenant ou le référent principal tout au long de l'accueil du patient au CLIP.

Un des principes fondateurs du centre est la réactivité. C'est pourquoi être en mesure de proposer une réponse ou un accueil dans les sept jours est une priorité, permise grâce à la fonction de *case manager*. Cette fonction incarne également d'autres caractéristiques comme l'accessibilité, la flexibilité, la disponibilité, la mobilité [26]. Cela suppose donc d'un point de vue pratique, une organisation flexible et spécifique ainsi que l'utilisation de moyens techniques modernes et facilitant la communication comme le téléphone portable, les sms ou les mails par exemple. L'accueil ainsi que les premiers contacts sont assurés par le *case manager* et destinés à une évaluation minutieuse de la situation ainsi qu'à la construction d'une alliance solide. Cette rencontre initiale de même que les suivantes peuvent tout à fait être organisées à l'extérieur, au plus proche de l'environnement direct du jeune consultant. C'est ainsi qu'il n'est pas rare que les *case managers* puissent enfourcher leur vélo pour se rendre au rendez-vous fixé dans un café proche du lycée ou du domicile du jeune patient.

L'évaluation initiale s'appuie outre sur une anamnèse détaillée, sur des échelles standardisées comme le *Mini International Psychiatric Interview* [27], la CAARMS (*Comprehensive Assessment of At Risk Mental State*) [28, 29] ou encore l'OERS-A (Outil d'évaluation du risque schizophrénique version adulte), traduction en langue française de la SPI-A (*The Schizophrenia Proneness Instrument, Adult-version*) [30] ainsi qu'une traduction du questionnaire d'autoévaluation de Bâle (Suisse) pour le risque de psychose (*Self-screen prodrome*) [31]. L'évaluation est complétée par des tests neurocognitifs spécifiques effectués par un neuropsychologue dans l'objectif de dépister les perturbations neurocognitives et de la cognition sociale déjà décelables chez les patients présentant un état mental à risque de psychose d'autant plus qu'elles constituent un marqueur pronostic de l'évolution clinique et du niveau de fonctionnement ultérieur [32-36].

À l'issue de chaque évaluation, toute situation est présentée, analysée et discutée en équipe, de façon collégiale au cours d'une réunion hebdomadaire. Nous décidons alors qu'elle pourra être la conduite à tenir et l'accompagnement les plus opportuns à proposer. La restitution de l'évaluation est proposée au patient en présence du *case manager*, du médecin et le plus souvent du neuropsychologue. Au cours de cet entretien le programme de soins auquel il sera intégré est validé avec le patient.

Le centre dispose d'un programme de soins et d'accompagnement personnalisables sur la base de plusieurs outils. Des séances de psycho-information d'une

part, destinées à fournir au jeune consultant une information claire et précise sur la mission du CLIP, sur la notion de psychose et d'état mental à risque, sur le repérage des symptômes, sur les risques liés aux consommations de toxiques ou encore sur les concepts de vulnérabilité, de prévention puis de gestion du stress ainsi que les réflexes à avoir ou les intervenants à contacter en cas de situation de crise. Ces séances constituent ensuite une base solide pour l'accompagnement individuel avec le *case manager* notamment dans un objectif de renforcement des capacités de gestion du stress au quotidien au travers d'outils comme les thérapies cognitives et comportementales. En perspective de l'évaluation neuropsychologique initiale, le programme de soins du CLIP s'appuie également sur la remédiation cognitive ainsi que sur d'autres outils utilisés en remédiation tels que l'entraînement métacognitif (MCT) [37] dont la version initialement validée dans la schizophrénie a été retravaillée et de nouveaux modules créés afin de l'adapter spécifiquement à cette population.

Le programme de soins du CLIP accorde également une importance toute particulière à l'accueil, l'information et l'accompagnement des proches ou des familles qui constituent le premier cercle relationnel au sein de l'environnement du jeune patient.

Le CLIP propose, à l'image des modèles européens ou internationaux, un programme de soins d'une durée limitée entre 2 à 5 ans au maximum. Au terme de cette période, si la présence de symptômes le justifie, un relais est organisé vers la psychiatrie de secteur ou le domaine libéral en collaboration avec la médecine générale au même titre qu'au cas où survenait une transition vers la psychose. Ce relais est bien sûr organisé de façon progressive en s'appuyant sur ce rôle capital de fil conducteur et de coordinateur que constitue le *case manager*.

## Conclusion

L'intervention précoce dans le domaine de la psychose émergente présente un intérêt désormais démontré. Néanmoins cela n'est pas pour l'instant totalement formalisé dans la pratique routinière et nécessite pour se faire un ajustement et une adaptation dans l'organisation des soins. Le CLIP de Nancy ouvert en 2017 est un exemple de dispositif proposant un repérage et une intervention en amont de l'apparition d'un premier épisode psychotique. Il s'appuie sur les connaissances actuelles dans le domaine ainsi que, et surtout, sur un partenariat novateur entre la psychiatrie et la Maison des adolescents dans le but de rencontrer le public concerné par ces troubles. Cette collaboration apparaît tout à fait opportune et permet une articulation toute particulière entre des acteurs clés ainsi qu'une présence efficiente auprès du public concerné par cette

problématique spécifique de la santé mentale qu'est la psychose émergente. Cette collaboration novatrice entre la psychiatrie nancéenne et la Maisons des adolescents pourrait à l'avenir impulser une dynamique de partenariats similaires à l'échelle du territoire national.

**Liens d'intérêt** l'auteur déclare ne pas avoir de lien d'intérêt en rapport avec cet article.

## Références

- McGrath J, Saha S, Chant D, Welham J. Schizophrenia : a concise overview of incidence, prevalence, and mortality. *Epidemiol Rev* 2008 ; 30 : 67-76.
- Saha S, Chant D, Welham J, McGrath J. A systematic review of the prevalence of schizophrenia. *PLoS Med* 2005 ; 2 : e141.
- Kurtz MM. Cognitive remediation for schizophrenia : current status, biological correlates and predictors of response. *Expert Rev Neurother* 2012 ; 12 : 813-21.
- World Health Organization. *The world health report 2001 : mental health : new understand ing new hope*. Genève : World Health Organization, 2001.
- Tiihonen J, Lönnqvist J, Wahlbeck K, *et al*. 11-year follow-up of mortality in patients with schizophrenia : a population-based cohort study (FIN11 study). *Lancet Lond Engl* 2009 ; 374 : 620-7.
- Pompili M, Amador XF, Girardi P, *et al*. Suicide risk in schizophrenia : learning from the past to change the future. *Ann Gen Psychiatry* 2007 ; 6 : 10.
- Palmer BA, Pankratz VS, Bostwick JM. The lifetime risk of suicide in schizophrenia : a reexamination. *Arch Gen Psychiatry* 2005 ; 62 : 247-53.
- Cassidy RM, Yang F, Kapczynski F, Passos IC. Risk Factors for Suicidality in Patients With Schizophrenia : A Systematic Review, Meta-analysis, and Meta-regression of 96 Studies. *Schizophr Bull* 2018 ; 44 : 787-97.
- Correll CU, Robinson DG, Schooler NR, *et al*. Cardiometabolic risk in patients with first-episode schizophrenia spectrum disorders : baseline results from the RAISE-ETP study. *JAMA Psychiatry* 2014 ; 71 : 1350-63.
- Raymond S, Martin M, Netillard C, *et al*. Schizo- phrénie : évaluation du coût de la prise en charge. *J Gest Deconomie Med* 2009 ; 27 : 421-33.
- Mangalore R, Knapp M. Cost of schizophrenia in England. *J Ment Health Policy Econ* 2007 ; 10 : 23-41.
- Loebel AD, Lieberman JA, Alvir JM, *et al*. Duration of psychosis and outcome in first-episode schizophrenia. *Am J Psychiatry* 1992 ; 149 : 1183-8.
- White C, Stirling J, Hopkins R, *et al*. Predictors of 10-year outcome of first-episode psychosis. *Psychol Med* 2009 ; 39 : 1447-56.
- Riecher-Rössler A, Gschwandtner U, Borgwardt S, *et al*. Early detection and treatment of schizophrenia : how early? *Acta Psychiatr Scand* 2006 ; 429 : 73-80.
- Fusar-Poli P, Borgwardt S, Bechdolf A, *et al*. The psychosis high-risk state : a comprehensive state-of-the-art review. *JAMA Psychiatry* 2013 ; 70 : 107-20.
- Krebs M-O, CPNLF. *Signes précoces de schizophrénie*. Paris : Dunod, 2015.
- Gross G, Huber G. Psychopathology of basic stages of schizophrenia in view of formal thought disturbances. *Psychopathology* 1985 ; 18 : 115-25.
- Schultze-Lutter F. Subjective symptoms of schizophrenia in research and the clinic : the basic symptom concept. *Schizophr Bull* 2009 ; 35 : 5-8.
- Schultze-Lutter F, Ruhrmann S, Berning J, Maier W, Klosterkötter J. Basic symptoms and ultrahigh risk criteria : symptom development in the initial prodromal state. *Schizophr Bull* 2010 ; 36 : 182-91.
- Meng H, Schimmelmann BG, Koch E, *et al*. Basic symptoms in the general population and in psychotic and non-psychotic psychiatric adolescents. *Schizophr Res* 2009 ; 111 : 32-8.
- Schimmelmann BG, Huber CG, Lambert M, *et al*. Impact of duration of untreated psychosis on pre-treatment, baseline, and outcome characteristics in an epidemiological first-episode psychosis cohort. *J Psychiatr Res* 2008 ; 42 : 982-90.
- Conus P. Intervention précoce dans les troubles psychotiques : faut-il encore douter ? *L'information psychiatrique* 2017 ; 93 : 775-6.
- Schmidt SJ, Schultze-Lutter F, Schimmelmann BG, *et al*. EPA guidance on the early intervention in clinical high risk states of psychoses. *Eur Psychiatry J Assoc Eur Psychiatr* 2015 ; 30 : 388-404.
- Lecardeur L, Meunier-Cussac S. Intervention dans les phases précoces de la psychose au centre hospitalier universitaire de Caen. *L'information psychiatrique* 2018 ; 94 : 217-21.
- Martin J. Mise en place d'un centre d'intervention précoce dédié à la prise en soins des troubles psychotiques débutants. *L'information psychiatrique* 2017 ; 93 : 865-70.
- Holloway F, Oliver N, Collins E, Carson J. Case management : A critical review of the outcome literature. *Eur Psychiatry J Assoc Eur Psychiatr* 1995 ; 10 : 113-28.
- Sheehan DV, Lecrubier Y, Sheehan KH, *et al*. The Mini-International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.) : the development and validation of a structured diagnostic psychiatric interview for DSM-IV and ICD-10. *J Clin Psychiatry* 1998 ; 59(Suppl 20) : 22-33-57.
- Yung AR, Yuen HP, McGorry PD, *et al*. Mapping the onset of psychosis : the Comprehensive Assessment of At-Risk Mental States. *Aust N Z J Psychiatry* 2005 ; 39 : 964-71.
- Krebs M-O, Magaud E, Willard D, Elkhazen C, Chauchot F, Gut A, *et al*. Assessment of mental states at risk of psychotic transition : validation of the French version of the CAARMS. *L'Encephale* 2014 ; 40(6) : 447-56.
- Schultze-Lutter F, Addington J, Ruhrmann S, Klosterkötter J. *Schizophrenia proneness instrument, adult version (SPI-A)*. Rome : Giovanni Fioriti Editore, 2007.
- Kammermann J, Stieglitz R-D, Riecher-Rössler A. « Self-screen prodrome »—self-rating for the early detection of mental disorders and psychoses. *Fortschr Neurol Psychiatr* 2009 ; 77 : 278-84.
- Sawada K, Kanehara A, Sakakibara E, *et al*. Identifying neurocognitive markers for outcome prediction of global functioning in individuals with first-episode and ultra-high-risk for psychosis. *Psychiatry Clin Neurosci* 2017 ; 71 : 318-27.
- Lee TY, Shin YS, Shin NY, *et al*. Neurocognitive function as a possible marker for remission from clinical high risk for psychosis. *Schizophr Res* 2014 ; 153 : 48-53.
- Lin A, Wood SJ, Nelson B, *et al*. Neurocognitive predictors of functional outcome two to 13 years after identification as ultra-high risk for psychosis. *Schizophr Res* 2011 ; 132 : 1-7.
- Lee TY, Hong SB, Shin NY, Kwon JS. Social cognitive functioning in prodromal psychosis : A meta-analysis. *Schizophr Res* 2015 ; 164 : 28-34.
- Bernardin F, Mignot T, Schwan R, Laprevote V. Prise en charge neuropsychologique des patients présentant un état mental à risque de psychose. *L'Information psychiatrique* 2017 ; 93 : 704-8.
- Moritz S, Woodward TS. Metacognitive training in schizophrenia : from basic research to knowledge translation and intervention. *Curr Opin Psychiatry* 2007 ; 20 : 619-25.

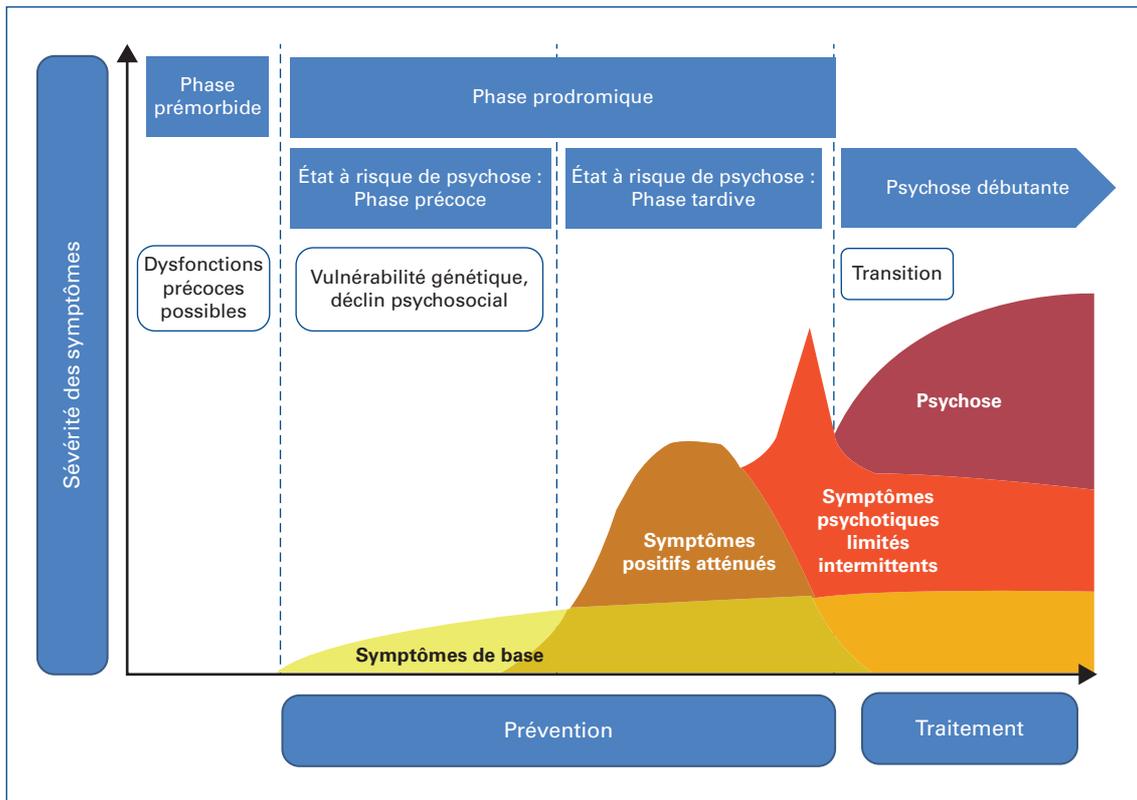


Figure 1. Chronologie d'apparition des symptômes de l'UHR à la psychose constituée (d'après[15]).

## Les essentiels de la recherche bibliographique en santé

Chercher • Organiser • Publier

S'adressant à tous les acteurs de santé, cet ouvrage leur apprend à :

- conduire une recherche documentaire pertinente,
- sélectionner les documents utiles,
- gérer une veille bibliographique,
- connaître les règles de la rédaction bibliographique.

MÉTHODO

Les +

- points importants à retenir
- recommandations de lecture
- exemples illustrés
- 28 exercices avec corrigés de mise en pratique pour s'entraîner et s'auto-évaluer
- glossaire anglais/français rassemblant les termes spécifiques les plus fréquemment rencontrés

Collection Méthodo

- Septembre 2016
- 16 x 24 cm / 208 pages
- ISBN : 978-2-7040-1471-2

Evelyne Mouillet

Bibliothécaire, chargée d'enseignement / Institut de santé publique, d'épidémiologie et de développement (ISPED), Université de Bordeaux

Ouvrage disponible sur [www.jle.com](http://www.jle.com)