

Tableau 1 : Les recommandations cliniques de l'EPA pour la détection précoce du haut-risque clinique (CHR) pour le développement de troubles psychotiques (Schultze-Lutter et al., 2015 [2] ; traduit en français de : C. Michel et M. Debbané).

RECOMMANDATION 1 : LES CRITÈRES DE RISQUE (sur base de méta-analyse)

L'EPA conseille d'utiliser trois critères CHR pour la détection précoce d'un risque de transition à la psychose, pour autant que la présence d'une psychose actuelle ou antérieure ou une cause somatique sous-jacentes aux symptômes soient exclues :

(1) Au moins un Symptôme Positif Atténué (APS), qui remplit les demandes supplémentaires (voir encadré gris) de la SIPS ou de la CAARMS (avant version 2006) :

- Un contenu inhabituel de la pensée ou des idées délirantes qui ne sont pas perçues avec une conviction totale (incl. Idées de référence non-persécutrices qui ne sont pas rejetées immédiatement)
- Des aberrations perceptives ou des hallucinations dont le patient admet l'origine anormale
- La désorganisation de la communication, dont le contenu demeure compréhensible, et qui peut être normalisée par un recadrage de l'évaluateur.

Instrument	Début	Fréquence	Consommation de substances / comorbidité
SIPS	Début ou progression importante de la conviction / Pertinence du comportement émerge au cours de la dernière année.	Fréquence moyenne d'au moins une fois par semaine au cours du dernier mois.	Les symptômes ne sont pas la conséquence d'une consommation de substances ou mieux expliqués par un autre trouble psychiatrique
CAARMS	Présence pour au moins une semaine, au cours de la dernière année, et dont le début ne date pas plus de 5 ans.	Plusieurs apparitions par semaine.	n.a.

(2) Au moins 2 « Perturbations Cognitives » (COGDIS) perçues et rapportées par le patient comme nouvelles dans son fonctionnement, et évaluées indépendamment de l'impression clinique de l'évaluateur. Présence des symptômes au cours des trois derniers mois, avec une fréquence d'au moins plusieurs fois par semaine, dont les symptômes ne sont pas la conséquence directe d'une consommation de substances :

- Interférence de la pensée, pensées insignifiantes faisant intrusion et perturbant le cours de la pensée
- Blocages de la pensée, qui ne s'expliquent pas mieux par des problèmes de la concentration ou de l'attention
- Pression de la pensée, pensées sans lien
- Perturbation de la compréhension du langage (langue maternelle) dans la vie quotidienne
- Perturbation de l'expression langagière (langue maternelle) dans la vie quotidienne
- Perturbation de la pensée abstraite au sens d'une compréhension perturbée ou ralentie du contenu abstrait, figuratif ou symbolique.
- Idées de référence fugaces qui sont rejetées immédiatement
- Incapacité à partager son attention entre une tâche procédurale et une autre attentionnelle, par exemple préparer un sandwich en parlant avec une autre personne
- Capture de l'attention par des détails du champ visuel qui entravent l'orientation volontaire de l'attention sur des stimuli pertinents

(3) Au moins un Symptôme Psychotique Bref Intermittent (BLIPS) qui remplit les demandes supplémentaires (voir encadré gris) de la SIPS ou de la CAARMS (avant version 2006) :

- Délire
- Hallucinations
- Troubles formels de la pensée

Instrument	Début	Fréquence	Consommation de substances / comorbidité
SIPS	Débute au cours des trois derniers mois	Au moins quelques minutes par jour, à une fréquence d'au moins une fois par mois, n'excédant pas plus d'une heure par jour, à une fréquence moyenne de quatre jour par semaine d'un mois	Les symptômes ne sont pas sérieusement désorganisateur ou dangereux, et ne sont pas la conséquence d'une consommation de substances ou mieux expliqués par un autre trouble psychiatrique
CAARMS	Présence au cours de la dernière année.	Pas de fréquence spécifiée, mais durée inférieure à une semaine	n.a.

RECOMMANDATION 2 : LA RÔLE DU RISQUE GÉNÉTIQUE (sur base de méta-analyse)

L'EPA considère qu'un risque génétique pour la psychose, signifié par la présence de troubles psychotiques dans la parenté (1^{er} degré), ne doit pas être utilisé comme critère de risque en soi, mais seulement s'il est accompagné d'une détérioration fonctionnelle ou d'autres problèmes psychiques récents. Ce critère devrait être considéré comme un facteur de risque général pour les patients présentant aussi un des trois états CHR (APS, BLIPS ou COGDIS). Cependant, pour les sujets avec un risque génétique et une comorbidité psychiatrique récente, une évaluation spécialisée ne sera recommandée seulement s'ils développent par ailleurs des symptômes de type CHR.

RECOMMANDATION 3 : LA RÔLE DE LA DÉTÉRIORATION PSYCHOSOCIALE (sur base de méta-analyse)

Conformément aux recommandations de l'EPA sur la prévention des troubles psychiatriques, visant la réduction du fardeau associé à ces troubles par l'amélioration de la qualité de vie et de la productivité des personnes, l'EPA considère qu'une détérioration significative du niveau fonctionnel professionnel et/ou social concomitant à une baisse de productivité, ne doit constituer une exigence obligatoire dans les critères CHR, car le facteur de détérioration n'est pas lié à la valeur prédictive des CHR. Cependant, toute détérioration chez les patients avec CHR devrait être considérée comme une indication de l'imminence du risque de conversion, et associée à un besoin significatif de traitement.

RECOMMANDATION 4 : LA POPULATION CIBLÉE (sur base de méta-analyse)

L'EPA considère que les critères CHR ne devraient seulement être appliqués qu'auprès d'individus souffrant déjà de troubles psychiatriques qui cherchent de l'aide pour leurs troubles, ou encore pour les individus qui chercheraient à clarifier leur risque actuel à développer un trouble psychotique, comme par exemple dans la problématique du risque génétique. Tout autre dépistage clinique ne semble pas justifié par les preuves scientifiques actuelles.

RECOMMANDATION 5 : LES ENFANTS ET LES ADOLESCENTS (sur base de méta-analyse)

L'EPA considère que les critères CHR ne doivent pas être communiqués de manière diagnostique aux enfants et jeunes adolescents, qui devront néanmoins être suivis et évalués périodiquement. À partir de la fin de l'adolescence (> 16 ans) et au début de l'âge adulte, les critères CHR peuvent être communiqués en rapport au risque de conversion à des troubles psychotiques.

RECOMMANDATION 6 : L'EXPERTISE REQUISE (consensus des experts)

L'EPA conseille que seul le personnel qualifié et spécialisé (psychiatre, psychologue clinicien ou d'autre professionnel de la santé mentale), possédant suffisamment d'expérience avec les états CHR soit autorisé à réaliser ces évaluations ; si l'adressage à un spécialiste n'est pas possible, le responsable devrait consulter un personnel qualifié spécialisé à ce sujet par d'autres biais de communication (par ex. consultation téléphonique) ; les centres spécialisés pour la détection précoce

de psychose devraient être équipés pour donner tels conseils. Les visioconférences avec les experts des centres spécialisés pour la détection précoce de psychose sont même conseillés pour l'ensemble des professionnels de la santé mentale.