

# L'état de haute risque clinique de psychoses à l'enfance et à l'adolescence: Les enjeux du dépistage précoce

Marco Armando MD, PhD, PD

- Developmental Imaging and Psychopathology Lab, Faculty of Medicine, University of Geneva, Geneva, Switzerland
- Département de l'instruction publique, de la culture et du sport, Office médico-pédagogique

5<sup>eme</sup> Rencontres Régionales de la FERREPSY  
20-22 mars 2019 Toulouse

**FACULTÉ DE MÉDECINE**



**UNIVERSITÉ  
DE GENÈVE**



# Plan

---

- ✓ Les psychoses en adolescence : quelques informations de base
- ✓ Trajectoire prodromique et état de haut risque clinique de psychose (CHR-P) avec focus sur les EEA
- ✓ Comment détecter un CHR-P: Les échelles pour le dépistage précoce – Introduction (Atelier 11h00-12h30)

# Les psychoses en adolescence : quelques informations de base

# Les psychoses : quelques informations de base

---

La psychose est un terme générique qui souvent est utilisé comme synonyme de schizophrénie et que définit un trouble psychiatrique dont le patient n'a pas conscience de ses troubles à cause d'une perte de contact avec la réalité. Les psychoses ont en commun la présence d'un délire et/ou des hallucinations, associé à une perte de fonctionnement intellectuel, du comportement et des émotions.

# Troubles psychotiques (ICD-10)

---

- Troubles psychotiques aigus et transitoires: se dvp < 2 sem
- Trouble psychotique bref: 1j - 1 mois
- Bouffée délirante aiguë: 2-3 mois
- Troubles délirants persistants: > 3 mois
- Trouble délirant induit: par un autre sujet ayant un trouble
- Trouble schizotypique: > 2 semaines, continu / répété
- Trouble schizophrénique: > 6 mois
- Trouble schizo-affectif: associe symptômes schizophrénie + un épisode thymique, quelque soit la durée
- Trouble dépressif majeur avec symptômes psychotiques
- Trouble bipolaire avec symptômes psychotiques

# Les psychoses : quelques informations de base

---

## Critères diagnostiques (DSM-V)

### A. Symptômes Caractéristiques

(2 ou + , présents sur une durée d'un mois)

Hallucinations

Délires

Désorganisation de la parole

Comportement désorganisé ou catatonique

Symptômes négatifs i.e. émoussement affectif, pauvreté du langage, etc.

### B. Perturbations sociales/occupationnelles

Perturbations significatives dans un des domaines principaux du fonctionnement (i.e. professionnel, interpersonnel, organisationnel ou fonctionnel)

### C. Durée

Symptômes et perturbations présents pendant 6 mois  
(intensité et fréquence peuvent varier)

# Les psychoses : quelques informations de base

---

- ✓ Prévalence (annuelle) → 0.5% -3%. (Bhugra D. 2005 *PLoS Med*)
- ✓ Incidence moyenne (annuelle) → 31.7/100.000 (Kirkbride JB. 2012 *PLoS One*; Cloutier M. 2016 *J Clin Psy*)
- ✓ 75% des psychoses ont un début avant l'âge de 25 ans et le 25% avant l'âge de 18 ans. (Armando et al. 2015 *Current Opinion in Psychiatry*; Madaan et al. 2008 *Expert Opin Pharmacother*)
- Psychose à début précoce (13-17 ans) (Madaan 2008; Vyas 2011; Hassan 2011)
- ✓ Prévalence 1-2/1000 adolescents
- Psychose à début très précoce (8-12 ans) (McClennan 2005; Addington 2007; David 2011)
- ✓ Prévalence 1/10.000 enfants

# Les psychoses : quelques informations de base

Males			Females		Total	
Cause	Total DALYs (100 000s) (%)		Cause	Total DALYs (100 000s) (%)	Cause	Total DALYs (100 000s) (%)
10-24 years						
1	Road traffic accidents	93 (7.8%)	Unipolar depressive disorders	115 (9.8%)	Unipolar depressive disorders	193 (8.2%)
2	Unipolar depressive disorders	78 (6.6%)	Schizophrenia	46 (4.0%)	Road traffic accidents	127 (5.4%)
3	Violence	69 (5.8%)	Bipolar disorder	44 (3.7%)	Schizophrenia	96 (4.1%)
4	Alcohol use	62 (5.3%)	Abortion	43 (3.7%)	Bipolar disorder	88 (3.8%)
5	Schizophrenia	50 (4.2%)	HIV/AIDS	38 (3.2%)	Violence	81 (3.5%)
6	Bipolar disorder	45 (3.8%)	Road traffic accidents	34 (2.9%)	Alcohol use	71 (3.0%)

✓ Troisième cause de handicap fonctionnel en termes d'années vécues (DALYs) chez les jeunes de 10 à 24 ans. (Gore et al. 2011 *The Lancet*)



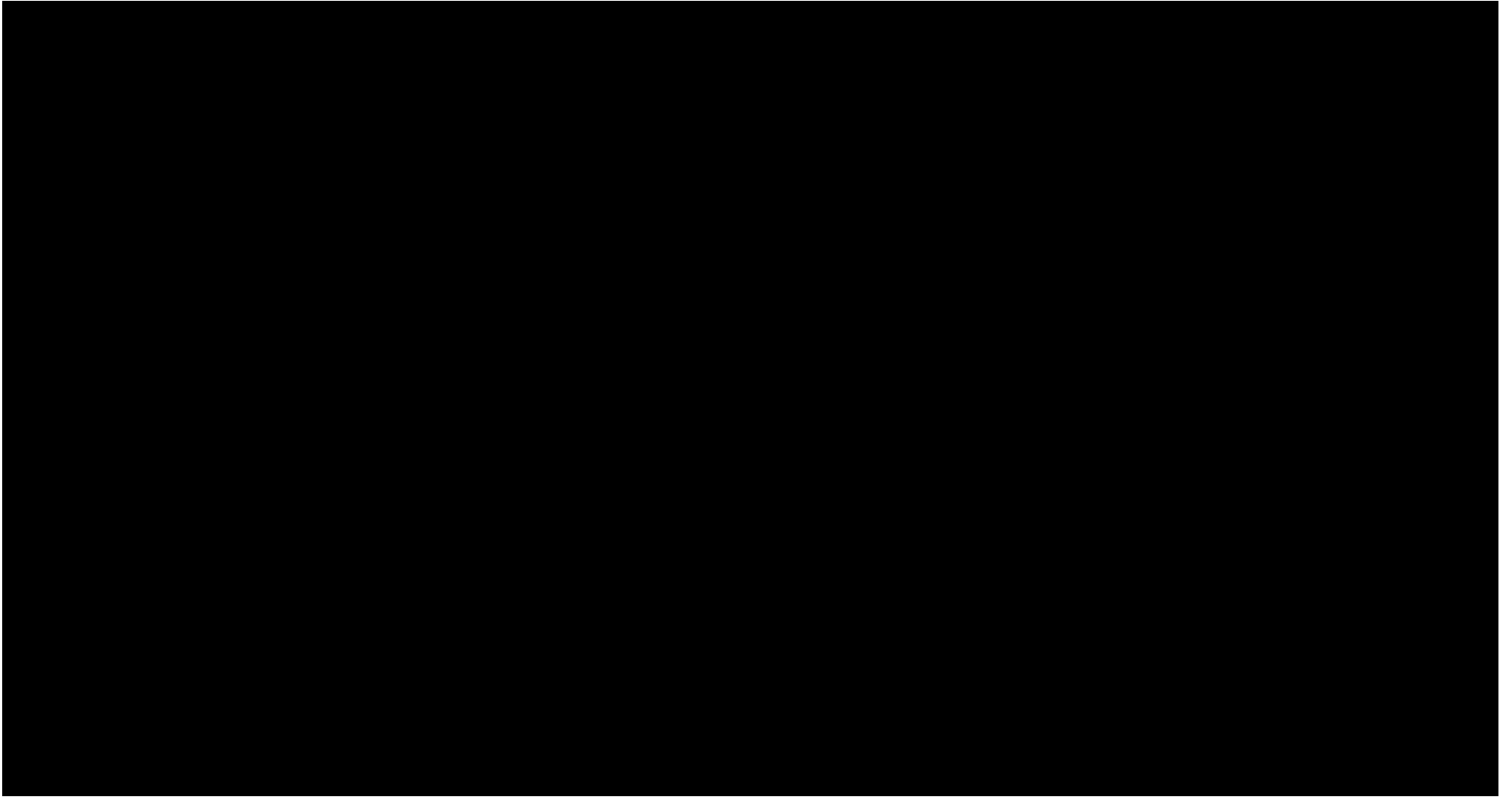
Dans ce contexte, la prévention de l'apparition des troubles psychotiques est considérée comme une action stratégique prioritaire.

(Insel 2010 *Nature*; Schultze-Lutter et al. 2015 *European Psychiatry*)



Trajectoire prodromique et état de haut risque  
clinique de psychose avec focus sur les EEA

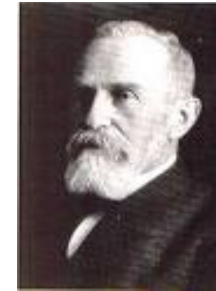
# Une témoignage



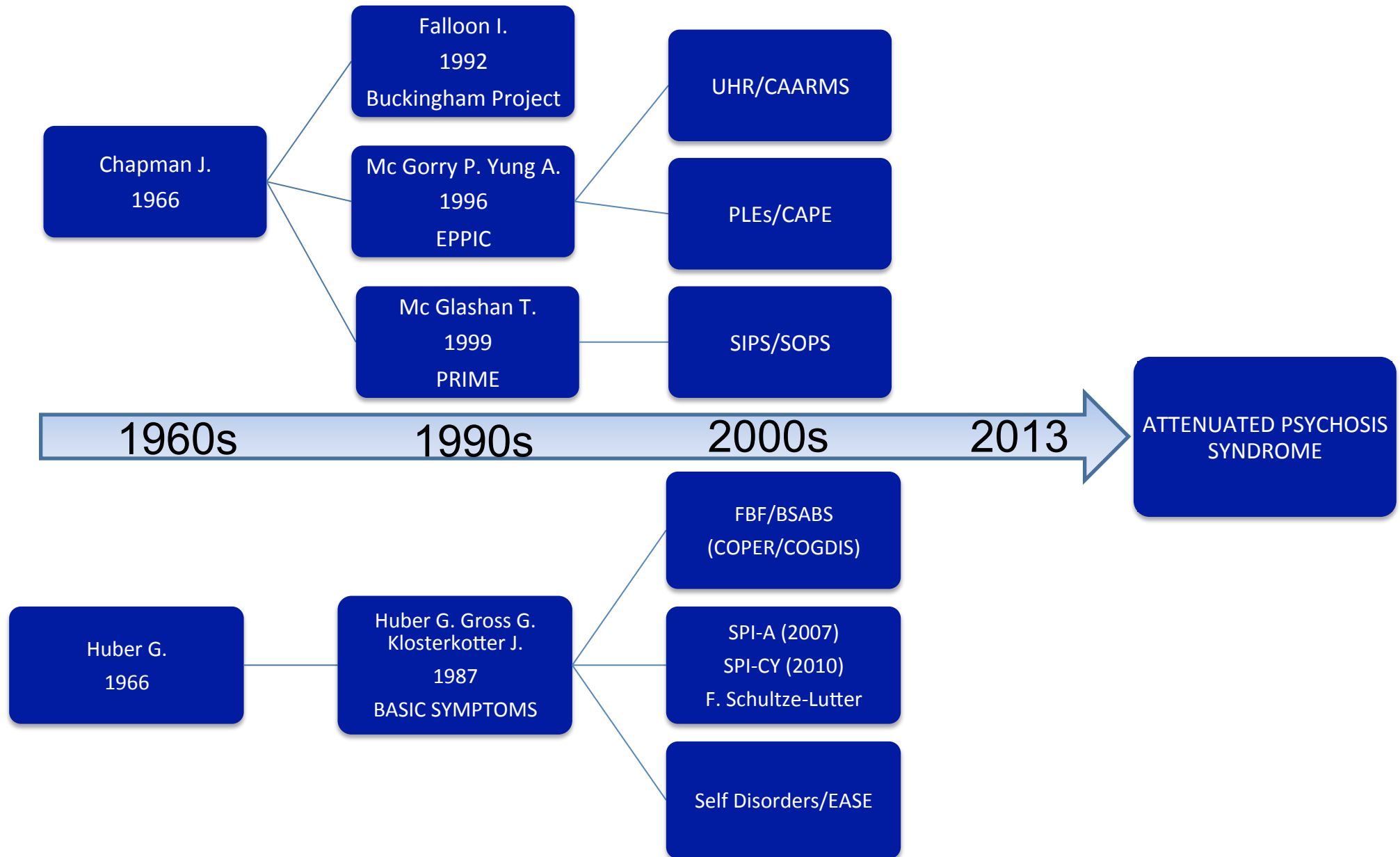
J. Balazs, « They Heard Voices », Documentary film (2017)

# La prévention des troubles psychotiques: de Pinel au DSM-5

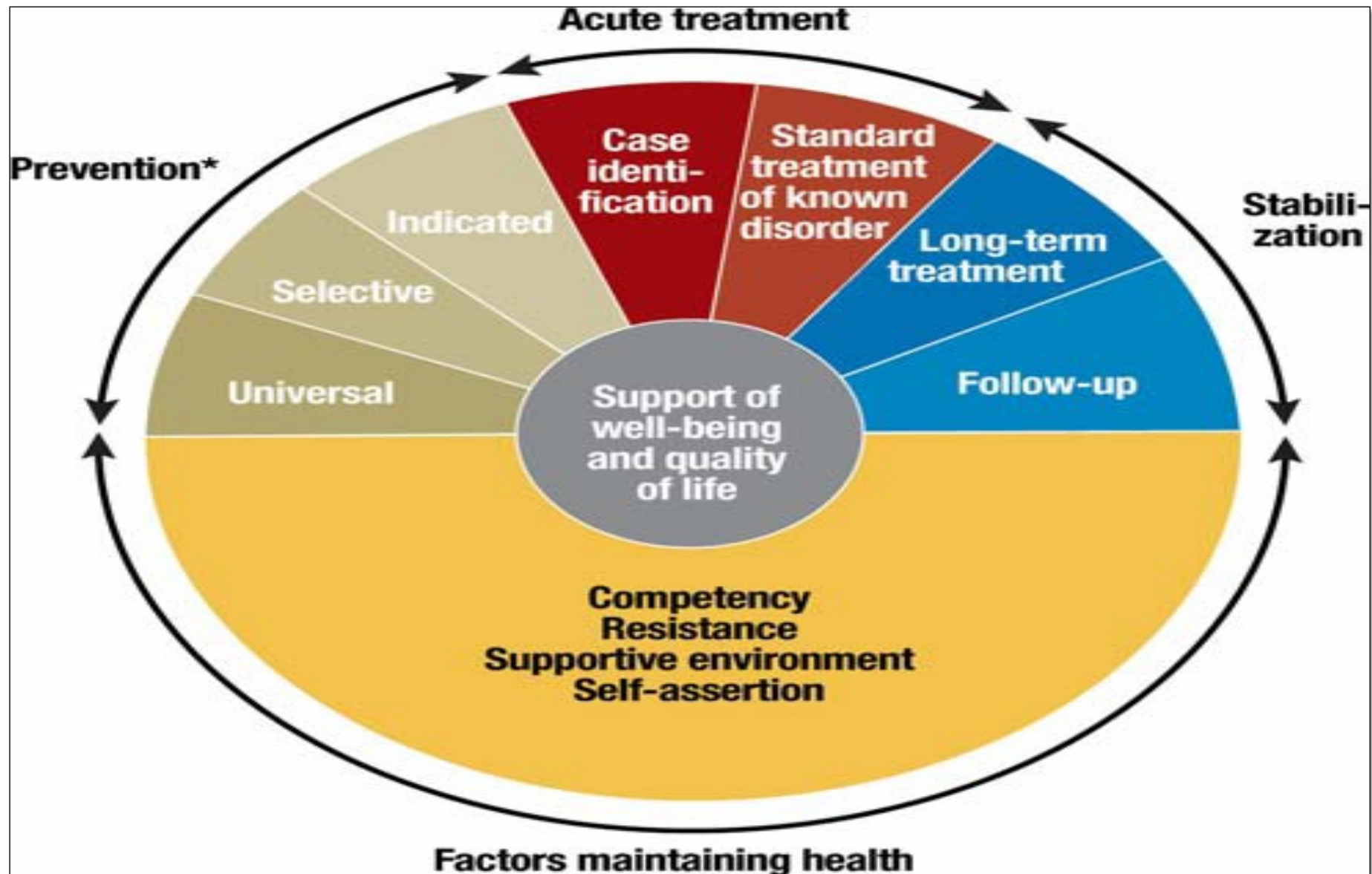
- ✓ Pinel (1801): “formes atténuées de folie morale”
- ✓ Kahlbaum (1874): “héboïdophrénie”
- ✓ Bleuler (1911): “schizophrénie latente”
- ✓ Witzel (1926): “schizophrénie fruste”
- ✓ Minkowski (1926) “attitude schizophrénique”
- ✓ Sullivan (1927): “schizophrénie débutante”
- ✓ Zilboorg (1941): “schizophrénie ambulatoire”
- ✓ Hoch e Polatin (1949): “schizophrénie pseudo-névrotique”
- ✓ Knight (1953): “schizophrénie borderline”
- ✓ Huber (1957): “schizophrénie cénesthopathique”
- ✓ Blankenburg (1991): “schizophrénie pre-apofanique”



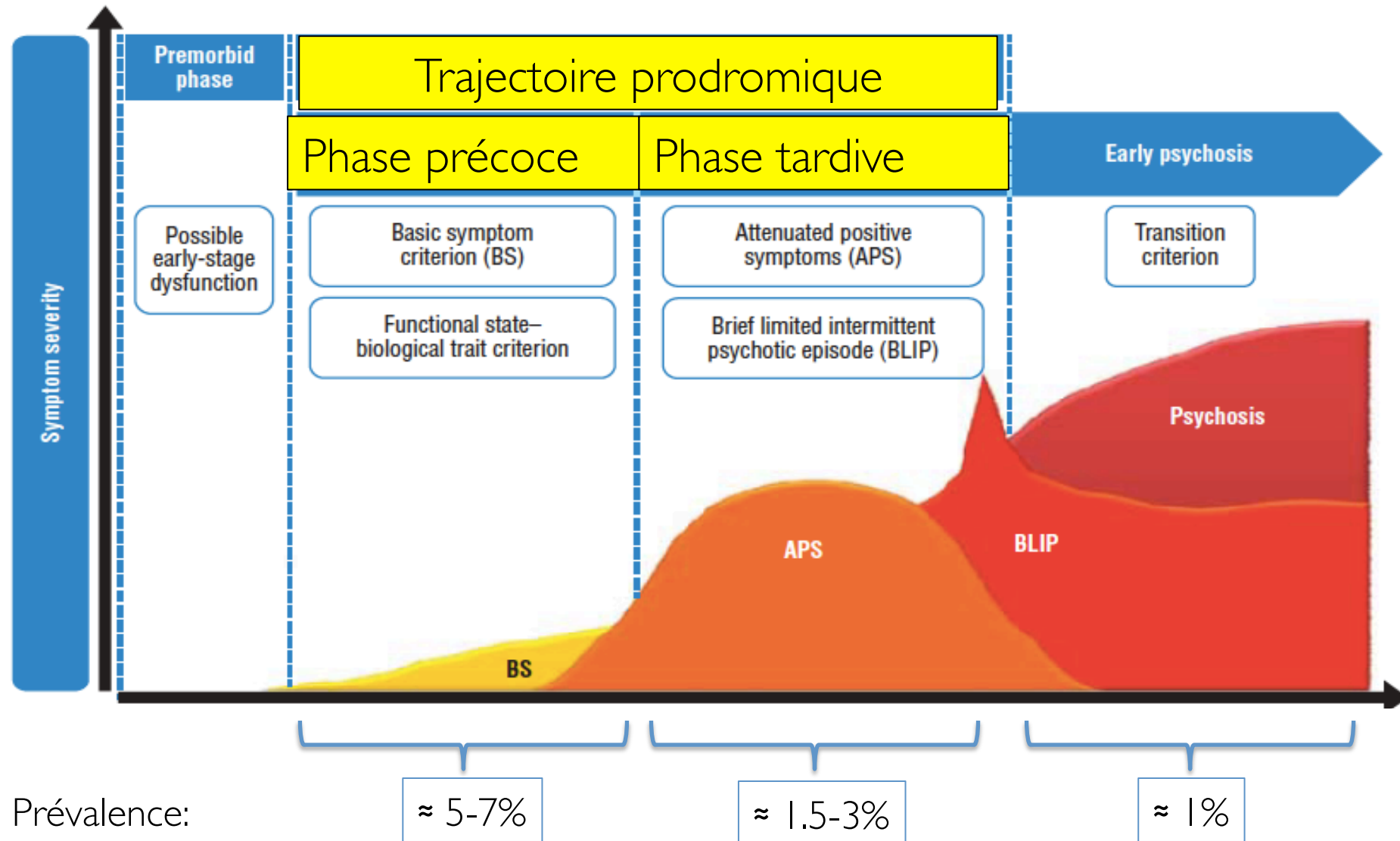
# La prévention des troubles psychotiques: de Pinel au DSM-5



# Trajectoire prodromique et prévention



# Etat de haut risque clinique de psychose (CHR-P)



Armando 2016 *Psy Res*; Fusar Poli 2013 *JAMA Psychiatry*; Schimmelmann 2015 *World Psychiatry*; van Os 2012 *Psy Med*

# Etat de haut risque clinique de psychose (CHR-P)

## Critères de recherche pour le syndrome de psychose atténuée selon le DSM-5

A - Au moins l'un des symptômes suivants est présent sous une forme atténuée, sans altération importante de la capacité à discerner la réalité. Mais leur intensité ou leur fréquence est suffisante pour justifier une prise en compte clinique :

- Délire(s)
- Hallucination(s)
- Désorganisation du discours

B - Le(s) symptôme(s) a(ont) duré(s) au moins 1 semaine durant le mois passé.

C - Le(s) symptôme(s) a(ont) débuté(s) ou s'est(se sont) aggravé(s) l'année précédente.

D - Le(s) symptôme(s) est(sont) suffisamment stressant(s) ou handicapant(s) pour l'individu pour justifier une prise en compte clinique.

E - Le(s) symptôme(s) n'est(ne sont) pas mieux expliqué(s) par un autre trouble mental, incluant un trouble dépressif ou bipolaire avec caractéristiques psychotiques, et n'est pas attribuable à l'effet d'une substance ou d'une autre condition médicale.

F - Les critères pour un trouble psychotique n'ont jamais été remplis.

- Sévérité des symptômes

+

- Fréquence des symptômes

- Début des symptômes

- Handicap provoqué

# Etat de haut risque clinique de psychose (CHR-P)

---

## 1) Symptômes psychotiques atténués (APS)

- Pensées pré-délirantes (bizarres) ou perceptions pré-hallucinatoires (ombres, lumières, hallucinations auditives simples) avec **maintien du sens critique**
- Apparition/aggravation au cours de la dernière année
- Symptômes présents au moins **1x/semaine durant le dernier mois**

## 2) Symptômes psychotiques brefs, limités et intermittents (BLIPS)

- Symptômes psychotiques francs (anomalies perceptuelles, méfiance, etc..) avec perte du sens critique et accompagné d'un **sentiment de certitude totale**
- Début des symptômes au cours des **3 derniers mois**
- Les symptômes durent au moins **quelques minutes par jour et au moins 1x/mois**

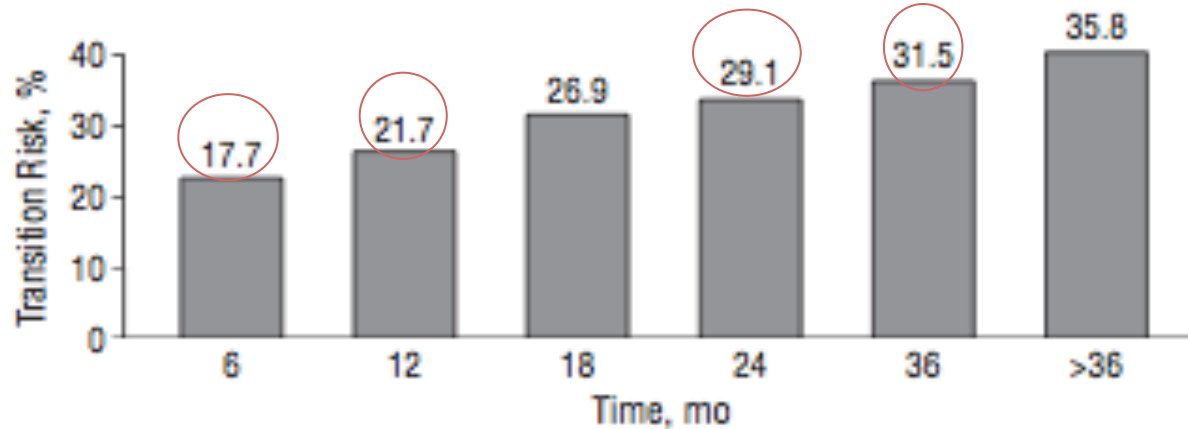
## 3) Risque génétique et détérioration fonctionnelle (GRFD)

- Parent du 1<sup>er</sup> degré avec trouble psychotique OU trouble de la personnalité schizotypique
- Déclin fonctionnel dans la dernière année (score GAF < 30%)



# La valeur prédictive

Plusieurs études ont confirmé la valeur prédictive de ces critères



No. of Studies	Follow-up, mo	Transition Risks, 95% CI
9	6	17.7 (12.3-24.9)
13	12	21.7 (16.6-27.8)
4	18	26.9 (19.5-35.9)
12	24	29.1 (23.2-35.7)
6	36	31.5 (23.8-35.0)
4	>36	35.8 (29.6-42.5)

$P < .001$  for all.

Echantillon: 2502 patients

Age moyen ( $\pm$ SD): 19.9 ans ( $\pm$ 3.6)

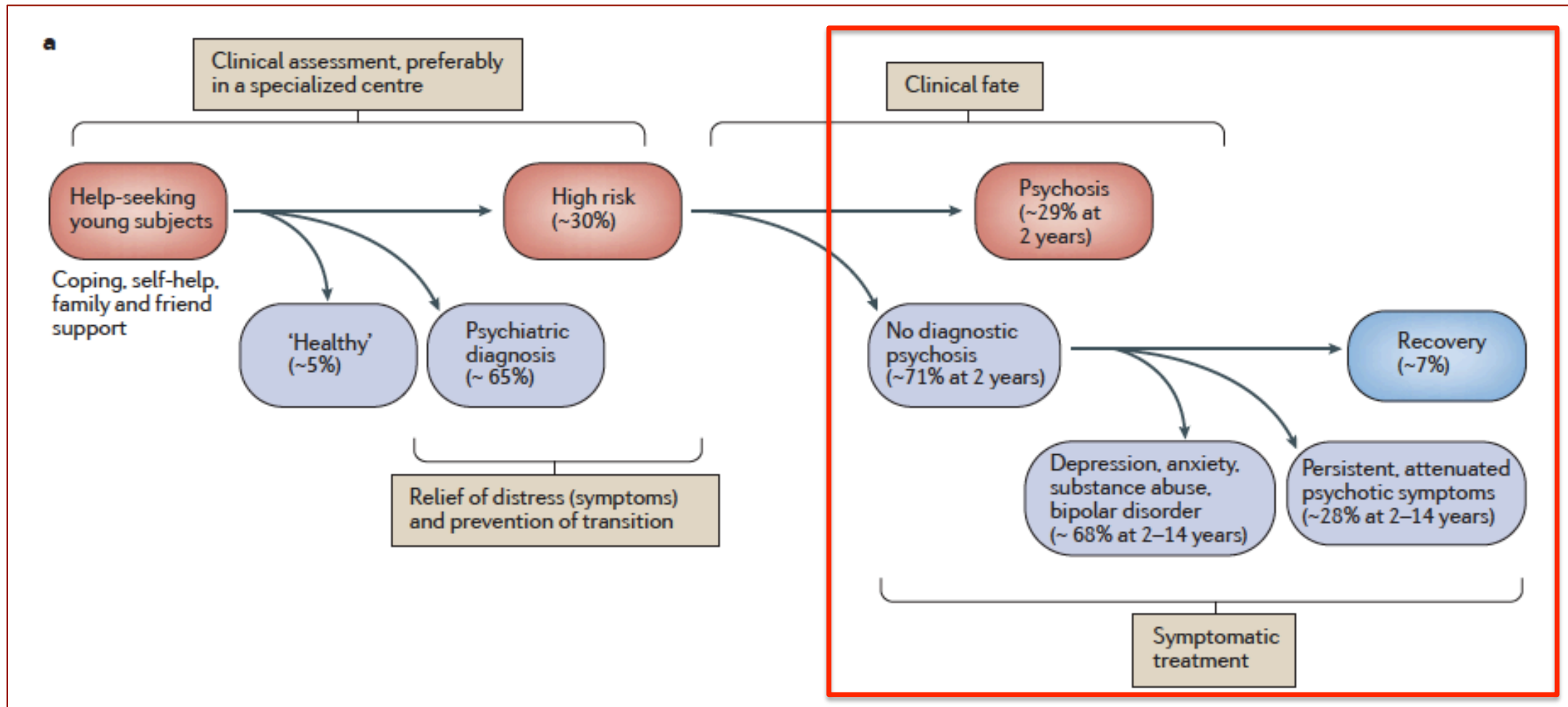
# La valeur prédictive

**Table 3** Prognostic accuracy of indicated prevention tests in clinical medicine

At-risk population	Outcome	Diagnostic test	Sensitivity (follow-up)	Specificity (follow-up)	AUC (follow-up)
Patients presenting for CHR evaluation	Psychosis	CHR interview	0.96 (2 yrs.)	0.47 (2 yrs.)	0.89 (2 yrs.)
Men at risk for prostate cancer	Prostate cancer	PSA (72,73)	0.69 (5 yrs.)	0.89 (5 yrs.)	0.88 (5 yrs.)
Men at risk for colorectal cancer	Colorectal cancer	Risk prediction model (74)	NA (5 yrs.)	NA (5 yrs.)	0.80 (5 yrs.)
Women at risk for colorectal cancer	Colorectal cancer	Risk prediction model (74)	NA (5 yrs.)	NA (5 yrs.)	0.73 (5 yrs.)
Patients with transient ischemic attack	Stroke	ABCD2 score (75,76)	0.57 (30 days)	0.32 (30 days)	0.72 (7 days)
Patients with stable coronary disease	Coronary event	Framingham risk score + number of diseased vessels (77)	NA (8.5 yrs.)	NA (8.5 yrs.)	0.67 (77) (8.5 yrs.)
Pre-diabetes	Diabetes	30-min plasma glucose (78)	0.91 (9 yrs.)	0.39 (9 yr.)	0.67 (9 yrs.)
Mild cognitive impairment	Alzheimer's disease	ADAS-cog subscale (79)	0.62 (1 yr.)	0.73 (1 yr.)	0.67 (1 yr.)
Women at risk for breast cancer	ER-positive invasive breast cancer	Gail model (80)	0.50 (5 yrs.)	0.65 (5 yrs.)	0.60 (5 yrs.)

CHR – clinical high risk, AUC – area under the curve, PSA – prostate specific antigen, ER – estrogen receptor, NA – not available, ADAS-cog – Alzheimer Disease Assessment Scale-cognitive part

# Et ces qui ne font pas la transition?



(Millan et al. 2016 *Nat Rev*)

# Valeur clinique et prédictif de APS chez les EEA

---

- ✓ La valeur clinique et prédictif des APS ont été développés surtout dans des populations des jeunes adultes :
  - Mean age (sd): 19.9 yrs (3.6) (Fusar- Poli et al, 2012)
  - Age range: 12 - 40 years (only 14% of the studies < 19 years) (Schultze-Lutter et al, 2015)

## All that glitters is not gold: prevalence and relevance of psychotic-like experiences in clinical sample of children and adolescents aged 8–17 years old

Maria Pontillo,<sup>1</sup> Maria De Luca,<sup>2</sup> Maria Laura Pucciarini,<sup>1</sup> Stefano Vicari<sup>1</sup> and Marco Armando<sup>1,3</sup>

**TABLE 1.** Socio-demographic data and psychiatric assessment scores separately for the two groups

Variable	Group 1 Patients without PLEs Mean (SD)	Group 2 Patients with PLEs Mean (SD)	P- value
C-GAS	57.8 (5.9)	53.1 (6.6)	0.000*
GF: Social	5.1 (0.6)	4.5 (0.7)	0.000*
GF: Role	5.1 (0.6)	4.5 (0.7)	0.000*
Total MASC score	49.9 (10.5)	52.7 (11.1)	0.188
Total CDI score	10.9 (5.7)	11.9 (5.6)	0.357

**TABLE 2.** Percentage prevalence of current Axis I disorders calculated separately for two groups

Variable	Patients without PLEs (n = 60)	Patients with PLEs (n = 46)
Affective disorder (%)†	17	37
Anxiety disorder (%)‡	62	67
Behavioural disorder (%)§	37	17
Multimorbidity (%)		
One current disorder	66	67
Two current disorder	28	24
Three current disorder	2	1

Echantillon: 106 EEA (âgés de 9 à 17 ans)

Résultats: les EEA avec PLEs ont plus de comorbidité et un fonctionnement de rôle et social plus défavorable

Conclusions: les symptômes psychotiques ont des conséquences cliniques sévères aussi chez les EEA

# Valeur clinique des différents APS selon l'âge

	$\beta$	SE	Wald (df = 1)	p value	Exp( $\beta$ )/OR	95% CIs lower	Of Exp( $\beta$ ) upper
<b>Any APS or BIPS</b>							
<b>8–12 years</b>	<b>1.61</b>	<b>0.86</b>	<b>3.53</b>	<b>0.06</b>	<b>5.00</b>	<b>0.93</b>	<b>26.79</b>
13–15 years	0.55	0.53	1.08	0.30	1.73	0.62	4.84
16–17 years	0.56	0.51	1.18	0.28	1.75	0.64	4.79
18–19 years	1.01	0.69	2.16	0.14	2.75	0.71	10.61
25–40 years	0.81	0.70	1.33	0.25	2.25	0.57	8.93
<b>Any perceptive APS or BIPS (SIPS P4)</b>							
<b>8–12 years</b>	<b>1.54</b>	<b>0.73</b>	<b>4.45</b>	<b>&lt;0.05</b>	<b>4.67</b>	<b>1.12</b>	<b>19.54</b>
<b>13–15 yrs.</b>	<b>0.98</b>	<b>0.54</b>	<b>3.29</b>	<b>0.07</b>	<b>2.67</b>	<b>0.92</b>	<b>7.70</b>
16–17 years	0.79	0.53	2.21	0.14	2.20	0.78	6.20
18–19 years	0.15	0.68	0.05	0.82	1.17	0.31	4.40
25–40 years	−0.36	0.77	0.22	0.64	0.70	0.16	3.16
<b>Any non-perceptive APS or BIPS (SIPS P1–3, 5)</b>							
8–12 years	−0.43	0.72	0.35	0.55	0.65	0.16	2.65
13–15 years	−0.28	0.53	0.28	0.60	0.76	0.27	2.13
16–17 years	0.09	0.51	0.03	0.87	1.09	0.40	2.95
18–19 years	0.40	0.64	0.40	0.53	1.50	0.43	5.19
25–40 years	0.74	0.68	1.18	0.28	2.09	0.55	7.91

Echantillon: 133 help-seeking (âgés de 8 à 40 ans), 64% avec APS ou BLIPS

Résultats : APS/BLIPS hallucinatoires plus fréquents chez les jeunes avec moins de 16 ans (8–12 years: odds ratio (OR) = 4.7 (1.1–19.5); 13–15 years: OR = 2.7 (0.9–7.7))

Conclusions: distinguer entre APS/BLIPS hallucinatoires cliniquement relevant ce qui probablement disparaîtra en adolescence

# Clinical presentation of Attenuated Psychosis Syndrome in children and adolescents: Is there an age effect?

Michele Ribolsi<sup>a,1</sup>, Ashleigh Lin<sup>b,1</sup>, Klaas J. Wardenaar<sup>c</sup>, Maria Pontillo<sup>a</sup>, Luigi Mazzone<sup>a</sup>, Stefano Vicari<sup>a,2</sup>, Marco Armando<sup>\*,a,d,2</sup>

	9–14 years of age (n=46)		15–18 years of age (n=48)		Group comparison	
	M	SD	M	SD	Statistic (df)	p-value
Age	12.88	1.40	16.18	0.85	t= -13.76 (73.76)	< 0.001
SIPS positive	12.17	5.02	11.56	4.28	t= 0.64 (92)	0.5
SIPS negative	15.67	6.51	16.98	5.97	t= -1.01 (91)	0.3
SIPS disorganised	7.78	4.55	7.64	3.70	t= 0.17 (91)	0.9
SIPS general	9.93	4.00	10.04	4.10	t= -0.13 (92)	0.9
IQ	89.83	17.27	91.73	12.01	t= -0.62 (79.93)	0.5
MASC	61.02	11.15	61.44	13.38	t= -0.16 (92)	0.9
CDI	14.67	7.90	12.44	10.20	U=795.50	0.02
GF: Role	4.50	1.19	5.35	1.71	U=1469.50	0.004
GF: Social	4.37	1.04	5.21	1.58	t= -3.05 (81.58)	0.003

Echantillon: 94 EEA (âgés de 9 à 17 ans) avec des symptômes psychotiques

Résultats:

Aucune difference au niveau des symptomes

Patients >14 ans → meilleur fonctionnement → 14.9 ans pour le f. social et 15.9 ans pour f. de rôle (ROC analysis)

Conclusions: L'effet clinique des symptômes psychotiques est modulé par l'âge, constamment avec les différentes phases du développement cérébral



## Twelve-month psychosis-predictive value of the ultra-high risk criteria in children and adolescents

Marco Armando <sup>a,b,\*</sup>, Maria Pontillo <sup>a</sup>, Franco De Crescenzo <sup>a</sup>, Luigi Mazzone <sup>a</sup>, Elena Monducci <sup>a</sup>, Nella Lo Cascio <sup>a,c</sup>, Ornella Santonastaso <sup>a</sup>, Maria Laura Pucciarini <sup>a</sup>, Stefano Vicari <sup>a</sup>, Benno G. Schimmelmann <sup>d</sup>, Frauke Schultze-Lutter <sup>d</sup>

Results of univariate logistic regression analyses of effect of potential baseline predictors on conversion to psychosis.

Covariates (potential baseline predictors)	$\beta$	SE	Wald (df)	p	Exp( $\beta$ )	Lower 95%-CI	Upper 95%-CI
<b>Any BIPS (present)</b>	<b>2.277</b>	<b>1.059</b>	<b>4.623 (1)</b>	<b>.032</b>	<b>9.750</b>	<b>1.223</b>	<b>77.724</b>
BIPS by P1 (present)	− 19.853	40,193.0	<0.001 (1)	1.0	<0.001	0.000	–
BIPS by P2 (present)	22.743	40,193.0	<0.001 (1)	1.0	>1000	.000	–
BIPS by P3 (present)	Not reported						
BIPS by P4 (present)	<b>2.380</b>	<b>1.318</b>	<b>3.260 (1)</b>	<b>.071</b>	<b>10.800</b>	<b>0.816</b>	<b>142.981</b>
BIPS by P5 (present)	Not reported						
<b>Any APS (present)</b>	<b>− 1.833</b>	<b>0.978</b>	<b>3.510 (1)</b>	<b>.061</b>	<b>0.160</b>	<b>0.024</b>	<b>1.088</b>
APS by P1 (present)	20.584	10,377.8	<0.001 (1)	.998	>1000	0.000	–
APS by P2 (present)	0.383	0.955	0.161 (1)	.688	1.467	0.226	9.534
APS by P3 (present)	<0.001	1.208	<0.001 (1)	1.0	1.0	0.094	10.664
APS by P4 (present)	− 0.431	0.853	0.255 (1)	.613	0.650	0.122	3.457
APS by P5 (present)	<b>1.833</b>	<b>0.935</b>	<b>3.838 (1)</b>	<b>.050</b>	<b>6.250</b>	<b>0.999</b>	<b>39.094</b>
Any GRD (present)	− 19.930	23,205.4	<0.001 (1)	.999	<0.001	0.000	–
SIPS P1 score	0.334	0.286	1.362 (1)	.243	1.397	0.797	2.447
SIPS P2 score	0.438	0.417	1.105 (1)	.293	1.550	0.685	3.507
SIPS P3 score	− 0.377	0.426	0.784 (1)	.376	0.686	0.297	1.581
SIPS P4 score	0.278	0.280	0.984 (1)	.321	1.320	0.763	2.285
SIPS P5 score	<b>0.674</b>	<b>0.308</b>	<b>4.800 (1)</b>	<b>.028</b>	<b>1.963</b>	<b>1.074</b>	<b>3.588</b>

Echantillon: 35 EEA (âgés de 9 à 17 ans) avec symptômes psychotiques (follow-up à 12 mois)

Résultats :

1. Taux de 12 mois de transition → 20%
2. Prévisibilité des critères de risque → moins fiables que chez les adultes

Conclusions: besoin de critères qui tiennent en compte les particularités développementales



# Valeur clinique et prédictif de APS chez les EEA: Take home message

---

- Haute prévalence des symptômes psychotiques atténués mais valeur clinique probablement inférieure que chez les adultes (notamment pour les hallucinations). (Armando et al. 2010; Kelleher et al. 2012; Welsh et al. 2014; Schimmelman et al. 2015)
- Les APS ont la tendance à diminuer/disparaître avec l'âge (2/3 de cas) (Kelleher et al, 2012; Barthels-Velthuis et al, 2011)
- Le taux de conversion dans les premiers 12 mois est inférieur à cause d'une transition vers la psychose plus lente (Ziermans et al, 2011; Schultze-Lutter et al, 2015; Armando et al. 2015)



Les critères de risque nécessitent d'une adaptation chez les EEA. Toutefois ces critères ont montré une bonne fiabilité et peuvent être utilisés chez les EEA

# Les recommandations cliniques de l'association européenne de psychiatrie (AEP): mise en garde pour les enfants et adolescents

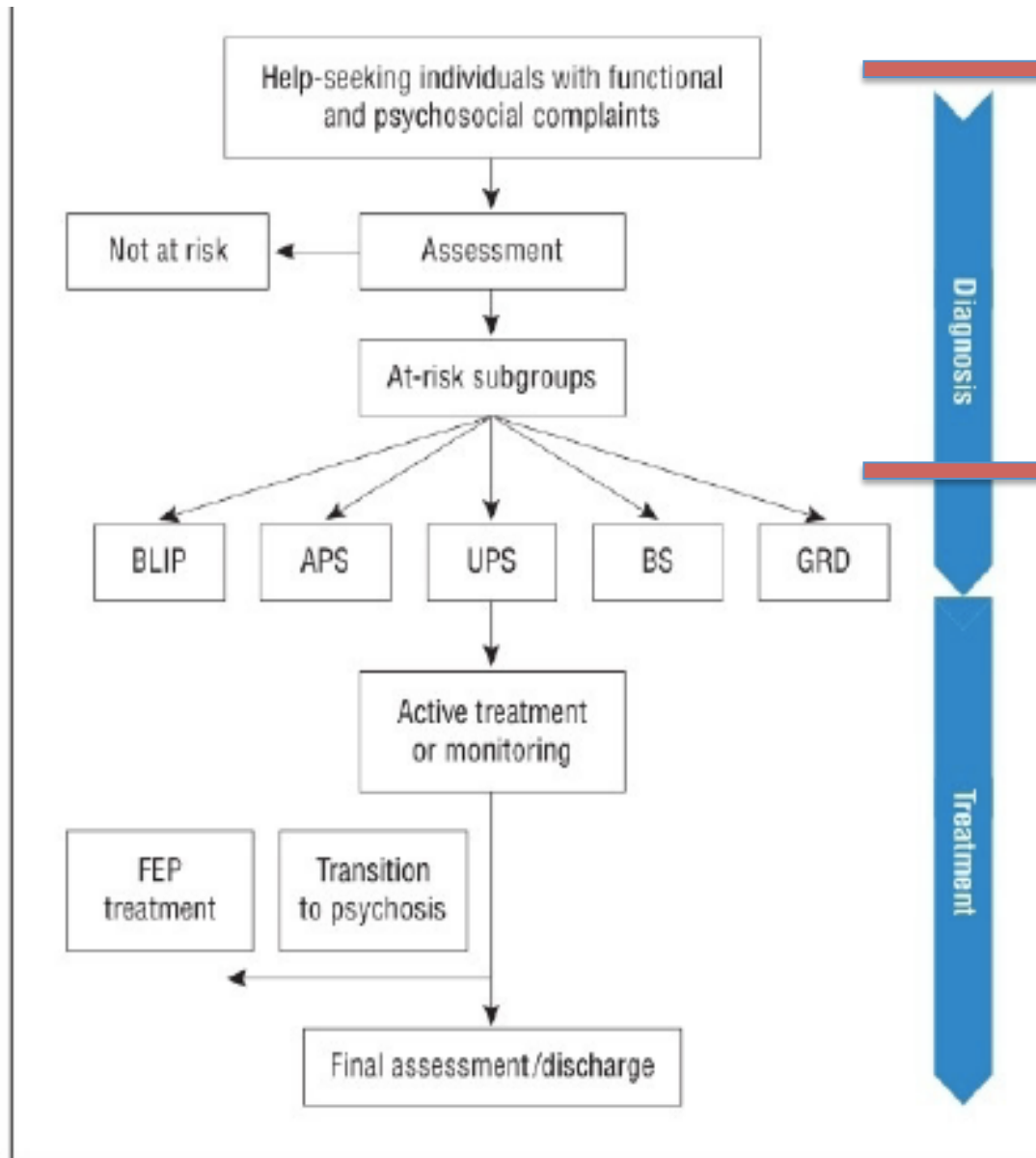
---

1. Les critères chez les enfants et les jeunes adolescents (< 16 ans) devraient être interprétés avec précaution
2. Auprès des enfants et des jeunes adolescents, les interventions spécifiques qui visent l'amélioration du fonctionnement, les autres problèmes psychosociaux et troubles psychiques comorbides devraient être dispensées dans le cadre d'un plan de traitement (traiter les facteurs déclencheurs) .
3. Surveiller les symptômes APS pour repérer une progression potentielle sur une période prolongée.

(Schultze Lutter et al. 2015 *Eur Psy*)

Comment détecter un CHR-P: Les échelles pour le  
dépistage précoce – Introduction  
(Atelier 11h00-12h30)

# Echelles d'évaluation



## Questionnaires de dépistage

- Prodromal Questionnaire (Loewy et al 2011)
- Early Recognition Inventory (Maurer et al 2006)
- Comprehensive Assessment of Psychic Experiences (Stefanis et al 2002)

## Entretiens semi-structurés

- Comprehensive Assessment of At Risk Mental State (Yung et al 2005)
- Structured Interview for Prodromal Syndromes (Miller et al 2001)
- Schizophrenia Proneness Instrument-Adult (Schultze-Lutter et al, 2007)
- Schizophrenia Proneness Instrument- Child and Youth (Schultze-Lutter et al, 2012)

# Echelles d'évaluation

---

## Questionnaires de screening:

- Prodromal Questionnaire Brief-Version (PQ-B; Loewy et al, 2011)
- Early Recognition Inventory (ERIraos; Maurer et al, 2006)
- Comprehensive Assessment of Psychic Experiences (CAPE; Stefanis et al, 2002)

# Assessment of the Prodromal Questionnaire–Brief Child Version for Measurement of Self-reported Psychoticlike Experiences in Childhood

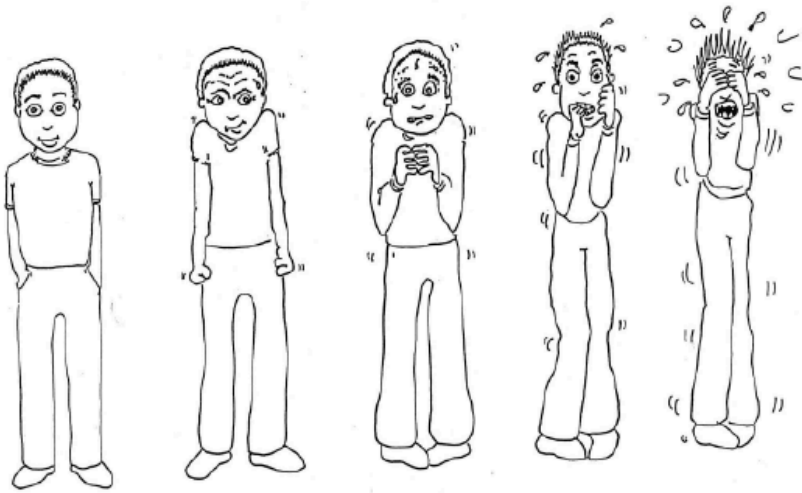
Nicole R. Karcher, PhD; Deanna M. Barch, PhD; Shelli Avenevoli, PhD; Mark Savill, PhD; Rebekah S. Huber, PhD; Tony J. Simon, PhD; Ingrid N. Leckliter, PhD; Kenneth J. Sher, PhD; Rachel L. Loewy, PhD

**RESULTS** The study analyses included 3984 participants (1885 girls [47.3%] and 2099 boys [52.7%]; mean [SE] age, 10.0 [0.01] years). The results demonstrated measurement invariance across race/ethnicity and sex. A family history of psychotic disorder was associated with higher mean (SE) PQ-BC Total (3.883 [0.352];  $\beta = 0.061$ ; 95% CI, 0.027-0.094) and Distress (10.210 [1.043];  $\beta = 0.051$ ; 95% CI, 0.018-0.084) scores, whereas a family history of depression or mania was not. Higher PQ-BC scores were associated with higher rates of child-rated internalizing symptoms (Total score:  $\beta$  range, 0.218 [95% CI, 0.189-0.246] to 0.273 [95% CI, 0.245-0.301]; Distress score:  $\beta$  range, 0.248 [95% CI, 0.220-0.277] to 0.310 [95% CI, 0.281-0.338]), neuropsychological test performance deficits such as working memory (Total score:  $\beta = -0.042$  [95% CI,  $-0.077$  to  $-0.008$ ]; Distress score:  $\beta = -0.051$  [95% CI,  $-0.086$  to  $-0.017$ ]), and motor and speech developmental milestone delays (Total score:  $\beta = 0.057$  [95% CI, 0.026-0.086] for motor;  $\beta = 0.042$  [95% CI, 0.010-0.073] for speech; Distress score:  $\beta = 0.048$  [95% CI, 0.017-0.079] for motor;  $\beta = 0.049$  [95% CI, 0.018-0.081] for speech).

**CONCLUSIONS AND RELEVANCE** These results provide support for the construct validity and demonstrate adequate psychometric properties of a self-report instrument designed to measure childhood PLEs, providing evidence that the PQ-BC may be a useful measure of early risk for psychotic disorders. Furthermore, these data suggest that PLEs at school age are associated with many of the same familial, cognitive, and emotional factors associated with psychotic symptoms in older populations, consistent with the dimensionality of psychosis across the lifespan.

Question Number	Original PQ-B Question	Modified PQ-BC Question
1	Do familiar surroundings sometimes seem strange, confusing, threatening or unreal to you?	Did places that you know well, such as your bedroom, or other rooms in your home, your classroom or school yard, suddenly seem weird, strange or confusing to you; like not the real world?
2	Have you heard unusual sounds like banging, clicking, hissing, clapping or ringing in your ears?	Did you hear strange sounds that you never noticed before like banging, clicking, hissing, clapping, or ringing in your ears?
3	Do things that you see appear different from the way they usually do (brighter or duller, larger or smaller, or changed in some other way)?	Did things you looked at seem different than they usually do; like did they seem shinier or darker, larger or smaller or changed in some other way?
4	Have you had experiences with telepathy, psychic forces, or fortune telling?	Did you feel like you had special, unusual powers like you could make things happen by magic, or that you could magically know what was inside another person's mind, or magically know what was going to happen in the future when other people could not?
5	Have you felt that you are not in control of your own ideas or thoughts?	Did you feel that someone else, who is not you, has taken control over the private, personal, thoughts or ideas inside your head?
6	Do you have difficulty getting your point across, because you ramble or go off the track a lot when you talk?	Did you suddenly find it hard to figure out how to say something quickly and easily so that other people would understand what you meant?
7	Do you have strong feelings or beliefs about being unusually gifted or talented in some way?	Did you ever feel very certain that you have very special abilities or magical talents that other people do not have?
8	Do you feel that other people are watching you or talking about you?	Did you suddenly feel that you could not trust other people because they seemed to be watching you or talking about you in an unfriendly way?
9	Do you sometimes get strange feelings on or just beneath your skin, like bugs crawling?	Did your skin or just beneath your skin suddenly start feeling strange, like bugs crawling?

Please CHOOSE THE NUMBER below the appropriate picture that shows us how much that bothered you when it happened.



1

2

3

4

5

Which number did you choose?

1

2

3

4

5



*Si vous êtes âgés de 12 à 35 ans, merci de remplir ce questionnaire.*

Ce questionnaire pose un certain nombre de questions sur vos pensées, vos sentiments et vos expériences. Veuillez, s'il vous plaît, lire chaque question attentivement et indiquer si vous êtes d'accord ou non avec l'item en cochant vrai ou faux dans la marge de droite à côté de l'item. Essayez, s'il vous plaît, de répondre à chaque question. Si vous répondez VRAI, veuillez évaluer votre niveau d'anxiété (inquiétude) dans la dernière colonne (à droite). Veuillez, s'il vous plaît, répondre à toutes les questions.

Si VRAI : A quel point vous avez ressenti de l'anxiété ou de l'inquiétude ?

Aucune légère modérée sévère

1. Je me sens indifférent face aux choses que j'appréciais habituellement.	<input type="checkbox"/> Vrai <input type="checkbox"/> Faux	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3
2. J'ai souvent l'impression de vivre les événements exactement comme ils se sont produits auparavant (déjà vu).	<input type="checkbox"/> Vrai <input type="checkbox"/> Faux	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3
3. Je sens parfois des odeurs ou des goûts que les autres personnes ne peuvent pas sentir.	<input type="checkbox"/> Vrai <input type="checkbox"/> Faux	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3
4. J'entends souvent des sons inhabituels comme des tapes, des clics, des sifflements, des claquement ou des tintements dans mes oreilles.	<input type="checkbox"/> Vrai <input type="checkbox"/> Faux	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3
5. Je suis parfois confus parce que je ne sais pas si une expérience était réelle ou imaginaire.	<input type="checkbox"/> Vrai <input type="checkbox"/> Faux	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3
6. Quand je regarde quelqu'un, ou que je me regarde dans le miroir, j'ai vu ce visage se modifier juste sous mes yeux.	<input type="checkbox"/> Vrai <input type="checkbox"/> Faux	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3
7. Je me sens très anxieux quand je rencontre des gens pour la première fois.	<input type="checkbox"/> Vrai <input type="checkbox"/> Faux	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3
8. J'ai déjà vu des choses qu'apparemment d'autres personnes ne peuvent pas voir.	<input type="checkbox"/> Vrai <input type="checkbox"/> Faux	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3
9. Mes pensées sont parfois tellement fortes que je peux presque les entendre.	<input type="checkbox"/> Vrai <input type="checkbox"/> Faux	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3
10. Je vois, parfois, des significations particulières dans les publicités, les vitrines des magasins ou dans la manière dont les choses sont organisées autour de moi.	<input type="checkbox"/> Vrai <input type="checkbox"/> Faux	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3
11. Parfois, j'ai senti que je n'ai pas le contrôle sur mes propres idées ou pensées.	<input type="checkbox"/> Vrai <input type="checkbox"/> Faux	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3
12. Parfois je me sens soudainement distrait par des sons éloignés dont je ne suis habituellement pas conscient.	<input type="checkbox"/> Vrai <input type="checkbox"/> Faux	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3
13. J'ai entendu des choses que les autres ne peuvent pas entendre comme des voix de personnes qui chuchotent ou qui parlent.	<input type="checkbox"/> Vrai <input type="checkbox"/> Faux	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3
14. J'ai souvent l'impression que les autres sont contre moi.	<input type="checkbox"/> Vrai <input type="checkbox"/> Faux	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3
15. J'ai eu le sentiment que des personnes ou des forces m'entourent bien que je ne puisse voir personne.	<input type="checkbox"/> Vrai <input type="checkbox"/> Faux	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3
16. J'ai l'impression que des parties de mon corps ont changé d'une certaine manière ou que certaines parties de mon corps fonctionnent différemment d'avant.	<input type="checkbox"/> Vrai <input type="checkbox"/> Faux	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3

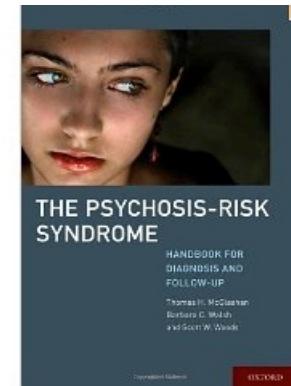


# Echelles d'évaluation

## Entretiens semi-structurés:

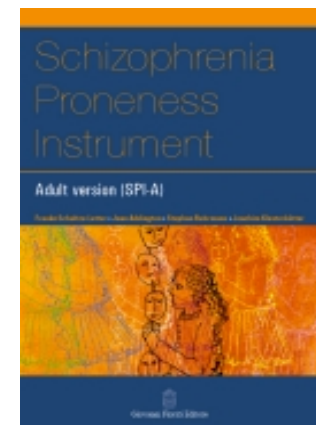
### 1. Critères Ultra-Haut Risque

- CAARMS, Comprehensive Assessment of At Risk Mental State (Yung et al., 2005)
- SIPS, Structured Interview for Prodromal Syndromes (Miller et al., 2001)



### 2. L'approche « symptômes de base »

- SPI-A, Schizophrenia Proneness Instrument-Adult (Schultze-Lutter et al, 2007)
- SPI-CY, Schizophrenia Proneness Instrument- Child and Youth (Schultze-Lutter et al, 2012)



# Echelles d'évaluation

---

## Différents outcome:

1. Syndrome Psychotique
2. Etat de Haute Risque Clinique de Psychose
  - Syndrome avec Symptômes Psychotiques Brefs Intermittents
  - Syndrome avec Symptômes Positifs Atténués
  - Syndrome avec Risque Génétique et Détérioration
  - Cognitive-perceptive Basic Symptoms (COPER)
  - Cognitive Disturbances (COGDIS)
3. Dehors du risque

# Lectures/réseaux/formations pour francophones

---

Michel C, Toffel E, Schmidt SJ, Eliez S, Armando M, Solida-Tozzi A, Schultze-Lutter F, Debbané M. Détection et traitement précoce des sujets à haut risque clinique de psychose : définitions et recommandations. Encephale 2017, 43 (3): 292-297.


---

Swiss Early Psychosis Project SWEPP → <http://www.swepp.ch/fr/>

---

## Psychoses émergentes

L'Information psychiatrique 2019 ; xx (x) : 1-4

**Mieux diffuser le savoir et l'expérience relative à l'intervention précoce dans les troubles psychiatriques : création d'une branche francophone de l'IEPA** 

IEPAfrancophone@gmail.com

# Lectures/réseaux/formations pour francophones

---

Plateforme Triple E – Evaluer Eduquer faire Evoluer les adolescents à  
risque psychotique.

Office-Medico-Pedagogique, Université de Genève  
(marco.armando@unige.ch)

- 1) Évaluation complète (évaluation psychiatrique standardisée ; évaluation standardisée pour les syndromes de haut risque psychotique/psychoses débutantes ; bilan cognitif général et approfondi si pertinent ; bilan développemental ; bilan adaptatif ; analyse fonctionnelle du comportement)
- 2) Évaluation complémentaire (évaluation standardisée pour les syndromes de haut risque psychotique/psychoses débutantes)
- 3) Avis complémentaire sur le traitement (médicaments, interventions psychologiques de remediation cognitive, parent-training, etc.)
- 4) Évaluation de follow-up (après 6 ou 12 mois pour évaluer l'évolution du cadre clinique)
- 5) Formation

# Lectures/réseaux/formations pour francophones



**ESCAP**  
European Society for Child  
and Adolescent Psychiatry

**SAVE THE DATE**  
**Oct 2-5, 2019**  
Grand Hotel Baia Verde  
Catania (Italy)

The European Society for Child and Adolescent Psychiatry (ESCAP) supported event

**1° Residential course on assessment  
and treatment of psychiatric disorders  
in children and adolescents**

For further information: [escapcourse@gmail.com](mailto:escapcourse@gmail.com)

<https://residentialcourse.com/>

# Cas clinique illustrant le dépistage avec SIPS d'une CHR-P chez une adolescente

Marco Armando MD, PhD, PD

- Developmental Imaging and Psychopathology Lab, Faculty of Medicine, University of Geneva, Geneva, Switzerland
- Département de l'instruction publique, de la culture et du sport, Office médico-pédagogique

5<sup>eme</sup> Rencontres Régionales de la FERREPSY  
20-22 mars 2019 Toulouse

**FACULTÉ DE MÉDECINE**



**UNIVERSITÉ  
DE GENÈVE**

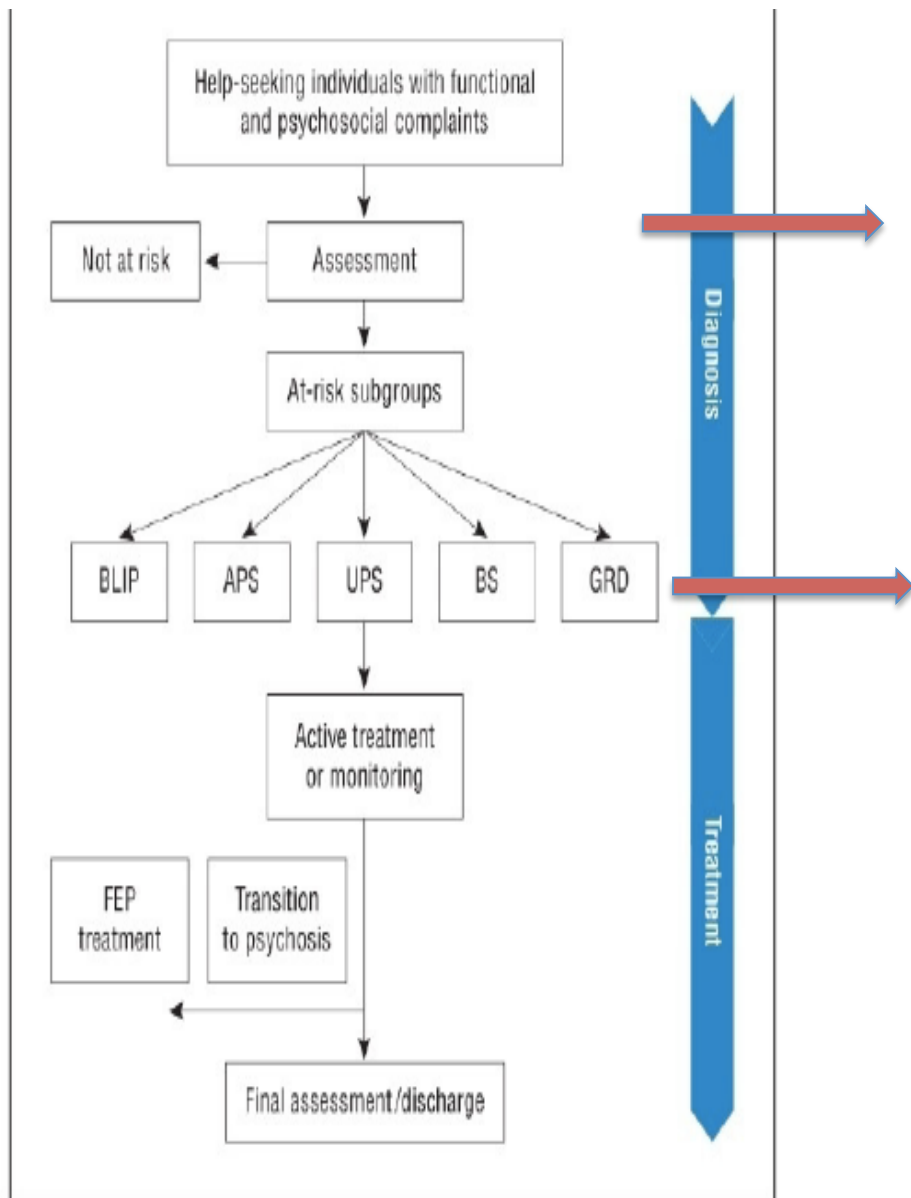


# Plateforme Triple E – Evaluer Eduquer faire Evoluer les adolescents à risque psychotique.

---

- 1) Évaluation complète (évaluation psychiatrique standardisée ; évaluation standardisée pour les syndromes de haut risque psychotique/psychoses débutantes ; bilan cognitif général et approfondi si pertinent ; bilan développemental ; bilan adaptatif ; analyse fonctionnelle du comportement)
- 2) Évaluation complémentaire (évaluation standardisée pour les syndromes de haut risque psychotique/psychoses débutantes)
- 3) Avis complémentaire sur le traitement (médicaments, interventions psychologiques de remediation cognitive, parent-training, etc.)
- 4) Évaluation de follow-up (après 6 ou 12 mois pour évaluer l'évolution du cadre clinique)
- 5) Formation





Suspicion clinique (Consulte de secteur)

Questionnaires de dépistage

- Prodromal Questionnaire (Loewy et al 2011)

$Si \geq 6$

Entretiens semi-structurés (Plateforme triple E)

- Structured Interview for Prodromal Syndromes (Miller et al 2001)



*Si vous êtes âgés de 12 à 35 ans, merci de remplir ce questionnaire.*

Ce questionnaire pose un certain nombre de questions sur vos pensées, vos sentiments et vos expériences. Veuillez, s'il vous plaît, lire chaque question attentivement et indiquer si vous êtes d'accord ou non avec l'item en cochant vrai ou faux dans la marge de droite à côté de l'item. Essayez, s'il vous plaît, de répondre à chaque question. Si vous répondez VRAI, veuillez évaluer votre niveau d'anxiété (inquiétude) dans la dernière colonne (à droite). Veuillez, s'il vous plaît, répondre à toutes les questions.

Si VRAI : A quel point vous avez ressenti de l'anxiété ou de l'inquiétude ?

Aucune légère modérée sévère

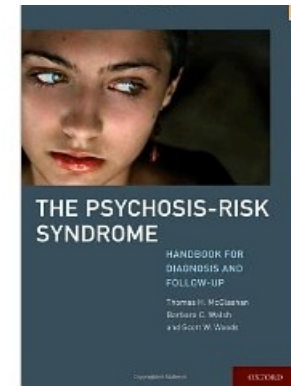
1. Je me sens indifférent face aux choses que j'appréciais habituellement.	<input type="checkbox"/> Vrai <input type="checkbox"/> Faux	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3
2. J'ai souvent l'impression de vivre les événements exactement comme ils se sont produits auparavant (déjà vu).	<input type="checkbox"/> Vrai <input type="checkbox"/> Faux	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3
3. Je sens parfois des odeurs ou des goûts que les autres personnes ne peuvent pas sentir.	<input type="checkbox"/> Vrai <input type="checkbox"/> Faux	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3
4. J'entends souvent des sons inhabituels comme des tapes, des clics, des sifflements, des claquement ou des tintements dans mes oreilles.	<input type="checkbox"/> Vrai <input type="checkbox"/> Faux	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3
5. Je suis parfois confus parce que je ne sais pas si une expérience était réelle ou imaginaire.	<input type="checkbox"/> Vrai <input type="checkbox"/> Faux	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3
6. Quand je regarde quelqu'un, ou que je me regarde dans le miroir, j'ai vu ce visage se modifier juste sous mes yeux.	<input type="checkbox"/> Vrai <input type="checkbox"/> Faux	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3
7. Je me sens très anxieux quand je rencontre des gens pour la première fois.	<input type="checkbox"/> Vrai <input type="checkbox"/> Faux	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3
8. J'ai déjà vu des choses qu'apparemment d'autres personnes ne peuvent pas voir.	<input type="checkbox"/> Vrai <input type="checkbox"/> Faux	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3
9. Mes pensées sont parfois tellement fortes que je peux presque les entendre.	<input type="checkbox"/> Vrai <input type="checkbox"/> Faux	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3
10. Je vois, parfois, des significations particulières dans les publicités, les vitrines des magasins ou dans la manière dont les choses sont organisées autour de moi.	<input type="checkbox"/> Vrai <input type="checkbox"/> Faux	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3
11. Parfois, j'ai senti que je n'ai pas le contrôle sur mes propres idées ou pensées.	<input type="checkbox"/> Vrai <input type="checkbox"/> Faux	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3
12. Parfois je me sens soudainement distrait par des sons éloignés dont je ne suis habituellement pas conscient.	<input type="checkbox"/> Vrai <input type="checkbox"/> Faux	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3
13. J'ai entendu des choses que les autres ne peuvent pas entendre comme des voix de personnes qui chuchotent ou qui parlent.	<input type="checkbox"/> Vrai <input type="checkbox"/> Faux	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3
14. J'ai souvent l'impression que les autres sont contre moi.	<input type="checkbox"/> Vrai <input type="checkbox"/> Faux	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3
15. J'ai eu le sentiment que des personnes ou des forces m'entourent bien que je ne puisse voir personne.	<input type="checkbox"/> Vrai <input type="checkbox"/> Faux	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3
16. J'ai l'impression que des parties de mon corps ont changé d'une certaine manière ou que certaines parties de mon corps fonctionnent différemment d'avant.	<input type="checkbox"/> Vrai <input type="checkbox"/> Faux	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3

# Echelles d'évaluation

## Entretiens semi-structurés:

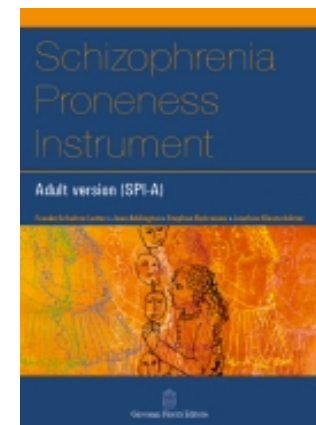
### 1. Critères Ultra-Haut Risque

- CAARMS, Comprehensive Assessment of At Risk Mental State (Yung et al., 2005)
- SIPS, Structured Interview for Prodromal Syndromes (Miller et al., 2001)

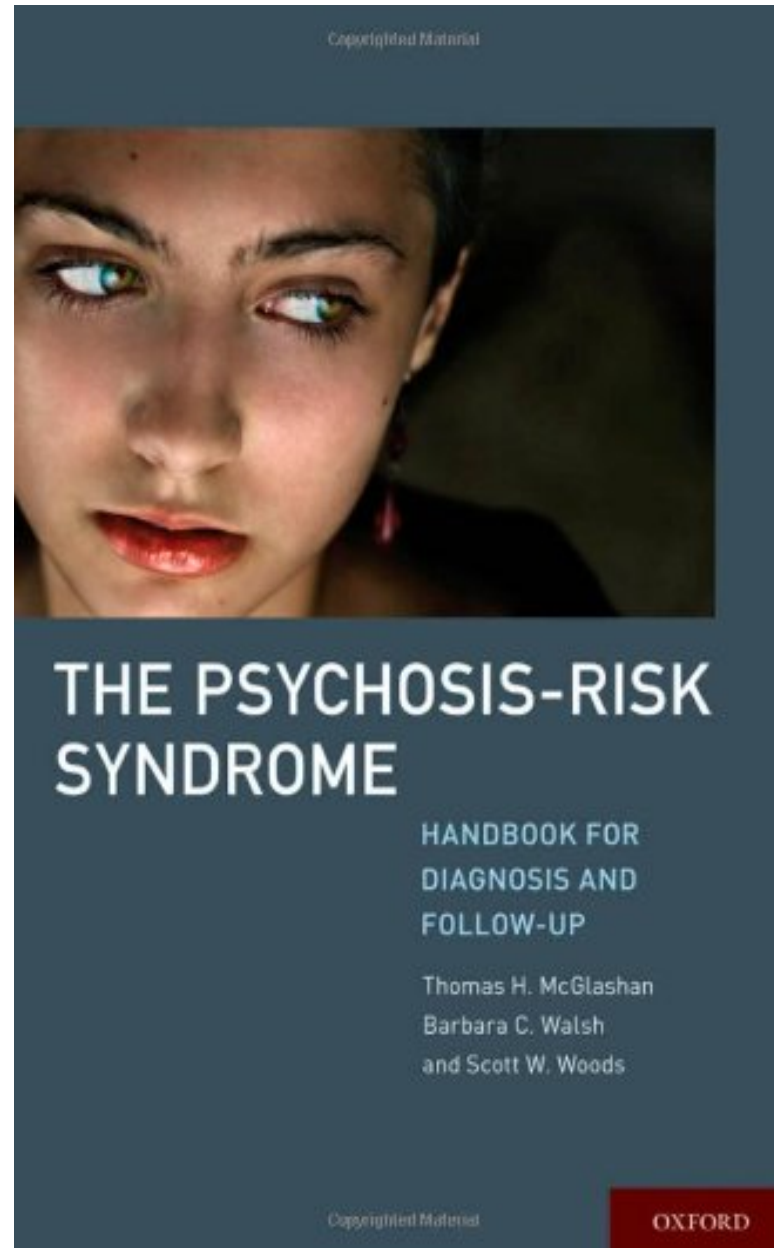


### 2. L'approche « symptômes de base »

- SPI-A, Schizophrenia Proneness Instrument-Adult (Schultze-Lutter et al, 2007)
- SPI-CY, Schizophrenia Proneness Instrument- Child and Youth (Schultze-Lutter et al, 2012)



# Entretien structuré pour les syndromes de risque psychotique (SIPS)



# Buts et structure

---

Les buts de l'entretien sont :

- I. Eliminer les troubles psychotiques passés et actuels
- II. Identifier au moins une des trois formes de Ultra-Haut Risque (BIPS, APS and/or GRD)
- III. Evaluer la sévérité des symptômes prodromiques

En conséquence, la sous - échelle POSITIVE SYMPTOMS est la plus utilisée, alors que les sous - échelles NEGATIVE SYMPTOMS, DISORGANIZATION SYMPTOMS et GENERAL SYMPTOMS sont surtout utilisées pour évaluer la sévérité globale de la HRC. La SIPS a été surtout modélisé en utilisant la PANSS.

La cotation se fait à partir des observations et des éléments rapportés lors de l'entretien mais aussi par les rapports et les mémoires du patient et de se parents; ces derniers seulement ne sont pas suffisants.

# Qualificatifs des Symptômes positives

Caractéristiques : pour toute réponse positive, l'examineur devra obtenir des informations plus détaillées et complémentaires.

- Description
- Début
- Durée
- Fréquence
- Degré de souffrance : Qu'est-ce que cette expérience vous fait éprouver ? (Est-ce qu'elle vous dérange ?)
- Degré de perturbation sur la vie quotidienne : Est-ce que cette expérience vous a déjà influencé ? Cela vous a-t-il déjà fait faire certaines choses différemment ?
- Degrés de conviction / de compréhension : Comment vous expliquez vous cette expérience ? Avez vous déjà eu le sentiment qu'il pouvait juste s'agir de votre esprit qui vous joue des tours ? Pensez vous que cela est réel ?

# Symptomes positifs




SIPS item	Exemple de question	Score
<b>P1</b> Contenu inhabituel de la pensée/Idees delirantes	Vous est-il déjà arrivé d'avoir du mal à discerner ce qui était réel ou imaginaire	0 = Absent  1 = Présence discutable  2 = Léger  3 = Moyen  4 = Modérément sévère  5 = Sévère mais non psychotique  6 = Sévère et psychotique
<b>P2</b> Mefiance/ Idees de persecution	Avez vous déjà eu le sentiment que les gens autour de vous ont des pensées négatives à votre sujet ?	
<b>P3</b> Idées de grandeur	Pensez- vous avoir des dons ou des talents particuliers ?	
<b>P4</b> Aberration perceptives/ Hallucinations	Avez vous déjà pensé entendre des sons et réalisé alors qu'il n'y avait probablement rien ?	
<b>P5</b> Desorganisation de la communication	Avez-vous conscience d'avoir des difficultés à exprimer votre point de vue, tel que tenir des propos décousus ou perdre le fil de votre discours	

# Evaluation supplémentaire pour les P items

## Pour tous les symptômes coté 3 ou plus

Debut des symptômes	Empirement des symptômes	Frequence des symptômes	Mieux expliqué
<p>Noter la date ou un symptom positif a atteint au moins 3 pour la premier fois :</p> <p><input type="checkbox"/> Jamais</p> <p><input type="checkbox"/> Date de debut ____/____ (Mois/An)</p>	<p>Noter la date plus recente ou un symptom positif actuellement coté 3-6 est empiré d'au moins un point:</p> <p>Date d'empire ____/____ (Mois/An)</p>	<p>Cocher tout ce qui s'applique:</p> <p><input type="checkbox"/> <math>\geq 1</math> h/j, <math>\geq 4</math> j/ semaine</p> <p><input type="checkbox"/> <math>\geq</math> plusieurs min./ d, <math>\geq 1 \times</math>/mois</p> <p><input type="checkbox"/> <math>\geq 1 \times</math>/semaine</p> <p><input type="checkbox"/> Aucune</p>	<p>Les symptômes sont mieux expliqué par un autre trouble Axe I ou Axe II:</p> <p><input type="checkbox"/> Probable</p> <p><input type="checkbox"/> Non probable</p>

# Outcomes possibles

HRC 	severité 	debut 	Frequence
Symptômes positifs atténués	P1-P5 score entre 3-5	Apparition/ aggravation d'au moins 1 point au cours de la dernière année	Symptômes présents au moins 1x/ semaine durant le dernier mois
Symptômes Psychotiques Brefs Intermittents	P1-P5 = 6	Début des symptômes au cours des 3 derniers mois	Les symptômes durent au moins quelques minutes par jour et au moins 1x/ mois
Risque génétique et détérioration fonctionnelle	Parent du 1er degré avec trouble psychotique OU trouble de la personnalité schizotypique Déclin fonctionnel dans la dernière année (score GAF < 30%)		



# Outcomes possibles

---

1. Syndrome Psychotique
2. Etat de Haute Risque Clinique de Psychose
  - Syndrome avec Symptômes Psychotiques Brefs Intermittents
  - Syndrome avec Symptômes Positifs Atténués
  - Syndrome avec Risque Génétique et Détérioration
3. Dehors du risque

# Vignette clinique

---

- Fille de 15 ans et 1 mois.
- Développement dans la norme.
- Diagnostique posé (SIM-10): (Trouble d'Attaque de Panique; Phobie spécifique; Trouble dépressif avec idées suicidaires. Présence des symptômes psychotiques atténués à mieux encadré sur le plan diagnostique.
- Début des symptômes d'anxiété : 13 ans.
- Ecole: décrochage scolaire depuis 4 mois, avant bon niveau.
- Traitement: Psychothérapie individuelle; entretiens de famille.
- Question: dépister symptômes psychotiques (hallucinations), évaluer éventuelle introduction AP.

## P2: Méfiance/Idees de persécution

0	1	2	3	4	5	6
Absent	Présence Discutable	Léger	Moyen	Modérément sévère	Sévère mais non psychotique	Sévère et psychotique
	Circonspection	Doute sur sa sécurité. Hyper vigilance sans réel source de danger.	Notion que les gens sont hostiles, indignes de confiance, et/ou qu'ils entretiennent facilement de la malveillance. Sentiment que l'hypervigilance est nécessaire. Sentiment récurrent (encore non fondé ou exagéré par moment) que les gens pensent ou disent des choses négatives sur la personne.	Pensées d'être observé ou désigné. Sentiment que les gens peuvent causer du tort. Méfiance. Croyances facilement écartées. La présentation peut apparaître circonspecte. Réticence ou irritabilité à répondre aux questions.	Croyances mal structurées au sujet d'un danger ou d'intentions hostiles. Le doute et la perspective d'erreur peut être provoqué par la non confirmation d'une évidence ou d'une opinion. Le comportement est partiellement affecté. Le contact méfiant peut entraver le recueil des informations au cours de l'interview	Conviction délirante paranoïde ( <b>aucune critique</b> ) au moins de manière intermittente. Altère vraisemblablement le fonctionnement.

# P4: Aberration perceptives/ Hallucinations

0	1	2	3	4	5	6
Absent	Présence Discutable	Léger	Moyen	Modérément sévère	Sévère mais non psychotique	Sévère et psychotique
	Mineure, mais modification remarquée de la perception des sens ( exacerbation, affaiblissement, déformation)	Changements des perceptions inattendus, informes, qui laissent perplexes mais ne sont pas considérées comme significatifs	Images informes répétées (ombres, traces, sons, etc.), illusions, ou distorsions perceptives persistantes qui peuvent être inquiétantes ou vécu comme inhabituelles	Illusions récurrentes ou hallucinations momentanées qui sont reconnues comme irréelles mais qui peuvent être effrayantes ou captivantes et peuvent affecter légèrement le comportement	Hallucinations qui affectent occasionnellement la pensée ou le comportement , qui sont vécus comme possiblement extérieures à soi ou à la réalité. Un critique peut être induite. Influence le fonctionnement	Hallucinations récurrentes <b>perçues comme réelles</b> et distinctes des pensées de la personne. Influence clairement la pensée, le ressenti, et/ ou le comportement. Absence de critique.

# Résumé des items positifs de la SIPS

SIPS item	Score
P1 Contenu inhabituel de la pensée/Idees délirantes	0
P2 Méfiance/Idees de persécution	2
P3 Idees de grandeur	0
P4 Aberration perceptives/ Hallucinations	4
P5 Désorganisation de la communication	0

Score
0 = Absent
1 = Présence discutable
2 = Léger
3 = Moyen
4 = Modérément sévère
5 = Sévère mais non psychotique
6 = Sévère et psychotique

# Evaluation supplémentaire pour les P items

## Pour tous les symptômes coté 3 ou plus

Debut des symptômes	Empiement des symptômes	Frequence des symptômes	Mieux expliqué
<p>Noter la date ou un symptom positif a atteint au moins 3 pour la premier fois :</p> <p><input type="checkbox"/> Jamais</p> <p><input type="checkbox"/> Date de debut ____/____ (Mois/An)</p>	<p>Noter la date plus recente ou un symptom positif actuellement coté 3-6 est empiré d'au moins un point:</p> <p>Date d'empire ____/____ (Mois/An)</p>	<p>Cocher tout ce qui s'applique:</p> <p><input type="checkbox"/> <math>\geq 1</math> h/j, <math>\geq 4</math> j/ semaine</p> <p><input type="checkbox"/> <math>\geq</math> plusieurs min./ d, <math>\geq 1 \times</math>/mois</p> <p><input type="checkbox"/> <math>\geq 1 \times</math>/semaine</p> <p><input type="checkbox"/> Aucune</p>	<p>Les symptômes sont mieux expliqué par un autre trouble Axe I ou Axe II:</p> <p><input type="checkbox"/> Probable</p> <p><input type="checkbox"/> Non probable</p>

Syndrome psychotique		Oui	Non
A.	Une des échelles P1-P5 de la SIPS est-elle ou est-elle jamais été de 6 ?		X
B.	Si oui à A, les symptômes ont-ils ou ont ils jamais été sérieusement désorganiseurs ou dangereux ?		X
C.	Si oui à A, les symptômes ont-ils été présents au moins une heure par jour, à une fréquence moyenne de quatre fois par semaine et ce, sur une période de plus d'un mois ?		X

Syndrome de Risque Psychotique avec Symptômes Psychotiques Brefs Intermittents		Oui	Non
1.	Le score à au moins une des échelles P1-P5 de la SIPS est-il de 6 ?		X
2.	Si oui à 1, les symptômes ont-ils débuté au cours des trois derniers mois ?		X
3.	Si oui à 1 et 2, les symptômes sont-ils actuellement présents au moins quelques minutes par jour à une fréquence d'au moins une fois par mois?	X	
4.	Les symptômes sont-ils mieux expliqués par un autre trouble DSM-IV (Axis I ou II) ?		X

Si 1-3 "Oui" et 4 "Non", Syndrome de Risque Psychotique avec Symptômes Psychotiques Brefs Intermittents (BIPS).

Note: Début (jj/mm/aaaa): \_\_\_\_\_



Syndrome de Risque Psychotique avec Symptômes Psychotiques Atténués		Oui	Non
1.	Le score à au moins une des échelles P1-P5 de la SIPS est-il de 3 à 5 ?	X	
2.	Si Oui à 1, les symptômes ont-ils débuté au cours de l'année passée ou cote actuellement un point de plus de l'échelle qu'il y a 12 mois ?	X	
3.	Si Oui à 1 et 2, les symptômes étaient-ils présents à une fréquence moyenne d'au moins une fois par semaine au cours du mois dernier ?	X	
4.	Les symptômes sont-ils mieux expliqués par un autre trouble DSM-IV (Axis I ou II) ?		X

Si 1-3 "Oui" et 4 "Non", Syndrome de Risque Psychotique avec Symptômes Psychotiques Atténués (APSS).

Début: septembre 2015

# Lectures/réseaux/formations pour francophones

---

Plateforme Triple E – Evaluer Eduquer faire Evoluer les adolescents à  
risque psychotique.

Office-Medico-Pedagogique, Université de Genève  
(marco.armando@unige.ch)

- 1) Évaluation complète (évaluation psychiatrique standardisée ; évaluation standardisée pour les syndromes de haut risque psychotique/psychoses débutantes ; bilan cognitif général et approfondi si pertinent ; bilan développemental ; bilan adaptatif ; analyse fonctionnelle du comportement)
- 2) Évaluation complémentaire (évaluation standardisée pour les syndromes de haut risque psychotique/psychoses débutantes)
- 3) Avis complémentaire sur le traitement (médicaments, interventions psychologiques de remediation cognitive, parent-training, etc.)
- 4) Évaluation de follow-up (après 6 ou 12 mois pour évaluer l'évolution du cadre clinique)
- 5) Formation

# Lectures/réseaux/formations pour francophones

---

Michel C, Toffel E, Schmidt SJ, Eliez S, Armando M, Solida-Tozzi A, Schultze-Lutter F, Debbané M. Détection et traitement précoce des sujets à haut risque clinique de psychose : définitions et recommandations. Encephale 2017, 43 (3): 292-297.


---

Swiss Early Psychosis Project SWEPP → <http://www.swepp.ch/fr/>

---

## Psychoses émergentes

L'Information psychiatrique 2019 ; xx (x) : 1-4

**Mieux diffuser le savoir et l'expérience relative à l'intervention précoce dans les troubles psychiatriques : création d'une branche francophone de l'IEPA** 

IEPAfrancophone@gmail.com

# Lectures/réseaux/formations pour francophones



**ESCAP**  
European Society for Child  
and Adolescent Psychiatry

**SAVE THE DATE**  
**Oct 2-5, 2019**  
Grand Hotel Baia Verde  
Catania (Italy)

The European Society for Child and Adolescent Psychiatry (ESCAP) supported event

**1° Residential course on assessment  
and treatment of psychiatric disorders  
in children and adolescents**

For further information: [escapcourse@gmail.com](mailto:escapcourse@gmail.com)

<https://residentialcourse.com/>

# Cas cliniques illustrant les enfants à haut risque de psychose.

Marco Armando MD, PhD, PD

- Developmental Imaging and Psychopathology Lab, Faculty of Medicine, University of Geneva, Geneva, Switzerland
- Département de l'instruction publique, de la culture et du sport, Office médico-pédagogique

5<sup>eme</sup> Rencontres Régionales de la FERREPSY  
20-22 mars 2019 Toulouse

**FACULTÉ DE MÉDECINE**



**UNIVERSITÉ  
DE GENÈVE**

