

Risquer la psychose : objections faites au « syndrome de psychose atténuée »

Risking psychosis: objections to the “attenuated psychosis syndrome”

Renaud EVRARD^a & Thomas RABEYRON^b

(a) Docteur en psychologie, psychologue clinicien, chargé de cours à l'université de Strasbourg, 45 rue du 11 Novembre, 57300 Hagondange, evrardrenaud@gmail.com. **(b)** Maître de conférences en psychologie clinique, université de Nantes, psychologue clinicien.

Résumé. La cinquième version du Manuel Diagnostique et Statistique des Troubles Mentaux (DSM-5), prévue pour mi-2013, s'est vue proposer l'inclusion d'un nouveau diagnostic : le « syndrome de psychose atténuée ». Ce syndrome s'appuie essentiellement sur des pratiques cliniques avec des jeunes de 14 à 30 ans et deux décennies de recherches suggérant un « risque de psychose » qu'il serait crucial de traiter au plus vite pour en améliorer le pronostic. Nous avons effectué une revue de littérature pour comprendre ce que signifie ce nouveau syndrome, quelles sont ses bases théoriques et empiriques, afin d'examiner sa validité dans la perspective de son éventuelle application. Notre analyse se divise suivant différents aspects de l'intense débat suscité par ce diagnostic : l'évaluation du besoin clinique, la pertinence d'un nouveau diagnostic, la qualité des recherches et leur application, le diagnostic différentiel et le rapport bénéfices/risques. Notre conclusion est que l'inclusion d'une telle entité clinique est prématurée sur le plan scientifique, et que sa conceptualisation achoppe sur plusieurs points, faisant courir le risque de surpathologiser des expériences humaines s'inscrivant dans un continuum allant du normal au pathologique.

Mots-clefs : psychose atténuée, expériences réputées psychotiques, DSM-5, risque de psychose, continuum psychotique.

Abstract. The fifth version of the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5), planned for the middle of 2013, has proposed the inclusion of a new diagnostic: the “attenuated psychotic symptoms syndrome”. This syndrome relies essentially on some clinical practices with young people between 14 and 30 years old and on twenty years of research that suggest a “psychosis risk syndrome” which would be crucial to treat early in order to improve the prognostic. We propose in this paper a literature review concerning this new syndrome and its theoretical and empirical basis, in order to examine its relevance in the perspective of its potential application. Our analysis follows the different aspects

of the intense debate about this diagnostic : evaluation of the clinical need, relevance of a new diagnostic entity, quality of the researches and their application, differential diagnostic and benefits/risks evaluation. We argue that the inclusion of this new diagnostic seems too premature from a scientific point of view, and that its conceptualization can be criticized on several points, especially the risk to over-pathologize human experiences belonging to a continuum between the normal and the pathological.

Keywords: attenuated psychosis, psychotic-like experiences, DSM-5, psychosis risk, psychosis continuum.

Nouveaux syndromes psychotiques dans le DSM-5

La cinquième version du *Manuel Diagnostique et Statistique des Troubles Mentaux* (DSM-5) est prévue pour mi-2013, mais elle a déjà entraîné de nombreux commentaires qui pointent les risques d'une éventuelle description pathologisante de difficultés ordinaires de l'existence, brouillant davantage les frontières incertaines entre normalité et pathologie. Nous nous concentrerons dans cette perspective sur la montée en puissance du modèle quasi-dimensionnel de la psychose refaçonnée dans ce manuel.

L'extension problématique de la psychopathologie est illustrée par la proposition d'une nouvelle entité à introduire dans le DSM-5 : le syndrome de risque de psychose (*psychosis risk syndrom*, ou PSR). Au cours du débat sur l'adoption de ce nouveau syndrome, celui-ci a été rebaptisé quatre fois : syndrome de risque de première psychose (*risk syndrome for first psychosis*), syndrome de risque de psychose, syndrome de symptômes psychotiques atténués (*attenuated psychotic symptoms syndrome*, ou APSS) puis syndrome de psychose atténuée (*attenuated psychosis syndrome*, ou APS). La «psychose atténuée» semble avoir un sens plus large que le «risque de psychose», tout en formulant la chose plus positivement, d'une manière moins difficile à porter.

Le DSM-5 procède à une expansion des catégories de troubles mentaux selon deux méthodes : la première consiste à abaisser le seuil de catégories diagnostiques déjà existantes, par exemple en supprimant des critères nécessaires pour valider un diagnostic ; la seconde consiste à créer de nouvelles entités diagnostiques qui décrivent des situations qui, loin d'être rares ou «orphelines» comme pour certaines maladies génétiques nouvellement détectées, sont en fait communes dans la population générale. Le syndrome de risque de psychose emprunte à ces deux méthodes en tant que nouvelle entité qui diminue, du même coup, le seuil de la psychose diagnostiquée.

Nous allons analyser ce nouveau syndrome en suivant notamment certaines questions-clefs débattues par le psychiatre William Carpenter [10], professeur à l'Université du Maryland et à la tête du *Psychosis Work Group* pour le DSM-5. Ce groupe a fait une proposition publique en février 2010, révisée en août 2010 en fonction des critiques [17]. Le syndrome de psychose atténuée serait diagnostiqué lorsque la personne remplit les *six critères suivants* :

1. Symptômes caractéristiques : des *délires* ou des *hallucinations* ou un *discours désorganisé* qui se manifestent sous une forme atténuée avec une capacité intacte à tester la réalité, mais dont la sévérité et/ou la fréquence incitent à ne pas les minimiser ou les ignorer ;
2. Fréquence/Actualité : ces symptômes doivent être présents dans le mois précédent et survenir à une fréquence moyenne d'au moins une fois par semaine durant le mois précédent ;
3. Progression : ces symptômes doivent avoir commencé ou s'être aggravés dans l'année précédente ;
4. Détresse/Invalidité/Recherche de traitement : ces symptômes sont suffisamment stressants ou invalidants pour que le patient et/ou son parent/tuteur soit conduit à chercher de l'aide ;
5. Ces symptômes ne sont pas mieux expliqués par un autre diagnostic du DSM-5, notamment les troubles liés à des substances.
6. Les critères cliniques pour n'importe quel trouble psychotique du DSM-5 n'ont pas encore été rassemblés.

Quels sont plus précisément ces symptômes atténués ? L'argument de la DSM-5 Task Force [16] défendant la première version de la proposition détaillaient les notions de *délires atténués*, d'*hallucinations atténuées*, de *grandiosité* et de *communication désorganisée* :

1) Les délires atténués sont des sentiments de perplexité, de confusion ou d'étrangeté, liés à la pensée que soi-même, le monde ou le temps ont changé, souvent de manière indescriptible. Il s'agit d'idées de référence qui ne sont pas perçues comme directement menaçantes pour l'individu, des idées inhabituelles à propos du corps, de la culpabilité, du nihilisme ; des croyances surévaluées sur la philosophie, la religion ou la magie ; ou des sentiments de perte de contrôle sur les événements mentaux (insertion et diffusion de pensées). Les délires atténués comportent donc des idées inhabituelles ou des idées de suspicion/persécution.

2) La grandiosité : parmi les symptômes psychotiques atténués, le syndrome introduit la grandiosité qui est une version atténuée de la *mégéromanie*.

Les items représentant les idées grandioses montrent que le sujet a une haute opinion de lui-même et un sens irréaliste de sa supériorité. Il se voit meilleur que les autres, et de fait les regarde avec dédain comme des êtres inférieurs. Il est verbalement expansif ou vantard, et poursuit des fins qui sont bien au-dessus de ses talents et/ou ressources, mais qui peuvent être réorientées par d'autres à force de questionnement et de confrontation.

3) Les hallucinations atténuées : celles-ci sont décrites comme des altérations dans les perceptions sensorielles, habituellement auditives et/ou visuelles. Quand l'atténuation est forte, ces sons et ces images sont souvent vagues (des ombres, des traînées, des halos, des murmures, des grondements). Ces expériences sont vécues comme inhabituelles, mais rarement comme inquiétantes. Elles peuvent aussi être plus sévères, c'est-à-dire plus vives et fréquentes, comme des illusions récurrentes ou des hallucinations qui captent l'attention et affectent la réflexion et la concentration. À un tel niveau, ces anomalies perceptuelles peuvent également perturber le comportement, mais le scepticisme quant à leur réalité peut toujours être induit.

4) La communication désorganisée : le syndrome décrit aussi de nombreux troubles de la communication qui ne sont pas radicaux, puisque le sujet est toujours compréhensible, et parvient à clarifier et organiser son discours bizarre lorsqu'on le sollicite correctement.

Le cœur du syndrome est donc cette notion de symptômes psychotiques atténués à ces différents niveaux. Or, elle est mal définie. Selon Cornblatt [15], ces symptômes atténués ne sont ni définis de manière consensuelle, ni solidement validés. L'« atténuation » est en réalité une notion complexe que cette jeune voie de recherche en pleine évolution n'a pas encore élucidée. Une des conséquences est que cette description approximative de l'atténuation dissout la frontière entre l'expérience normale et le symptôme, qui ne va reposer que sur un jugement clinique n'ayant pas une base théorico-empirique claire. En définitive, plusieurs signes non spécifiques mis bout à bout font-ils un syndrome clair à l'arrivée ?

Comme pour les autres psychoses, et en particulier la schizophrénie, ce diagnostic est focalisé sur les symptômes positifs. N'est-ce pas à la fois la partie la plus visible mais, paradoxalement, celle dont la psychose n'a pas l'exclusivité ? De nombreuses études défendent l'existence d'hallucinations et de délires non-psychotiques chez l'enfant et l'adolescent (par exemple, [3, 27], si bien qu'on peut ramener ces symptômes positifs à des « expériences réputées

psychotiques» [20]. Ces vécus seraient présents au cours du développement normal, en particulier à l'adolescence, et sont majoritairement transitoires [52].

Les autres critères visant à préciser de manière formelle les conditions de repérage de cette phénoménologie posent également question : dans la pratique clinique quotidienne, ceux qui posent le diagnostic se réfèrent d'abord à la phénoménologie et moins à la rigueur des conditions attenantes. Seuls les chercheurs s'obligent habituellement à compter les occurrences par mois et par semaines. Et pourtant, ce sont ces autres critères contextuels qui portent la mince distinction avec la psychose déclarée.

Ainsi, la révision majeure de cette deuxième proposition d'août 2010 est l'ajout du critère d) : Détresse/Invalidité/Recherche de traitement. Cette triple indication provient d'une sorte de synthèse spontanée des recherches réalisées [59], qui est surtout une réaction à la diminution du taux de conversion vers la psychose constatée, dont nous parlerons plus loin. Censé être décisif, ce critère contextuel est peut-être l'un des plus trompeurs. S'il vient limiter l'application du syndrome à la population générale qui ne serait pas en demande de soins, il le fait si bien qu'il transforme la demande de soins, justifiée par la détresse ou des dysfonctionnements, en une partie de la maladie elle-même. Ce critère, fonctionnant comme un vernis psychopathologique, permet de raccrocher *in extremis* le syndrome à une orientation clinique.

Les problèmes à résoudre

Carpenter ([10], p. 2) a bien résumé la situation en évoquant une série de questions posées par l'introduction possible de ce diagnostic dans le prochain DSM. Nous allons reprendre une partie de ses questions pour analyser de façon critique les arguments en vigueur.

La demande

Woods, Walsh et al. [59] ont fait usage d'un argument particulier : il faudrait accepter ce syndrome de psychose atténuée car il y a une demande pour un tel diagnostic. Des personnes en souffrance viennent en effet consulter dans les cliniques du risque de psychose qui ont vu le jour dans le monde entier durant les deux dernières décennies. Ces personnes ne recevaient pas un diagnostic adéquat et donc pas de traitement adapté. Peut-être que ces personnes ne développeront pas de psychoses (faux positifs), mais leur détresse/invalidité/recherche de traitement font déjà d'elles de véritables malades ([59], p. 200).

Mais ces chercheurs ne prennent pas en compte le fait que la dissémination du signifiant de « risque de psychose » attire forcément une patientèle avec une demande se présentant comme insatisfaite. Dans ce cas, c'est la demande populaire qui vient en quelque sorte en amont de l'expertise scientifique dans l'établissement d'un diagnostic. Or, s'il est évident que des personnes qui ont besoin d'un traitement doivent être prises en charge, en l'absence de certitudes quant au diagnostic, la prise en charge se doit de rester générale et ne vient nullement justifier une pratique spécifique basée sur un diagnostic en mal de reconnaissance.

C'est également ce que concluent Ruhrmann, Schultze-Lutter et Klosterkötter [48] : il serait plus logique de soigner ce trouble du spectre de la psychose avec une prise en charge médicale standard, et des interventions relatives au diagnostic et aux symptômes plutôt qu'à la possibilité de conversion vers la psychose, qui n'est qu'un des destins atypiques de ce trouble. Ces chercheurs allemands ramènent explicitement la psychose atténuée au niveau du trouble de la personnalité schizotypique (ou « schizotypie »), traité pour lui-même malgré sa place dans le spectre de la schizophrénie vers laquelle il évolue parfois. Il n'y aurait donc pas de raisons d'écarter les perturbations associées au besoin de traitement (comme des formes de dépression, de manie ou d'anxiété) sous prétexte que la psychose atténuée doit rester le diagnostic principal.

Il semble que l'entreprise visant à établir la psychose atténuée cherche à dépasser celle sur la schizotypie. L'administration de questionnaires de schizotypie ou de tendance à la psychose dans des populations non-cliniques a montré une prévalence élevée de ces « diagnostics » dans la population générale [19]. Mais ce repérage n'a pas permis de prédire avec précision la psychose future [13], ce qui peut sonner comme un échec pour les partisans d'une action de prévention. En d'autres termes, la schizotypie n'est plus un bon candidat : elle n'est pas suffisamment prédictive de la psychose grave que l'on traite par des antipsychotiques ; elle repose sur des critères trop larges pour n'identifier qu'une population qui nécessite un traitement ; et, par ailleurs, des recherches récentes montrent sa compatibilité occasionnelle avec un mieux-être psychique, des expériences d'allure psychotique riches de sens et de créativité [31].

Il fallait donc un autre candidat pour la psychose latente. Le psychiatre Patrick McGorry a identifié le problème de la dilution des critères prédictifs de la psychose dans les études sur des populations non-cliniques dont la majorité des individus n'ont vécu que de rares expériences bizarres, dissimulant la petite proportion de ceux qui relataient de fréquents symptômes [35]. Il s'en est suivi

une pratique toujours en vigueur consistant à sélectionner par divers moyens les populations qui risquent de développer une psychose. Pour ce faire, son équipe a développé un support d'entretien structuré, le *Comprehensive Assessment of At-Risk Mental States* (CAARMS ; [60]). En appliquant les critères prédictifs uniquement à une population clinique choisie et sélectionnée, où tous les indices de la psychose convergent déjà, on évite de prendre en compte le fait que ces critères seront ensuite appliqués à la population dans son ensemble et pourrait donc donner lieu à des faux positifs et une grande variabilité dans les résultats. Ce problème est visible dans des études que nous allons examiner à présent dans lesquelles, en faisant varier la sélection des sujets, il a été mis en évidence que le taux de conversion vers la psychose est en réalité très variable selon les populations choisies.

La durée de psychose non traitée

Durant les dernières années, un intérêt grandissant pour le traitement de la psychose s'est développé impliquant d'évaluer :

- (a) les effets de la durée de la psychose non traitée (DUP : Duration of Untreated Psychosis), c'est-à-dire le temps entre le premier épisode psychotique et le premier traitement ;
- (b) la viabilité et les bénéfices de la première identification et de la première intervention avec le premier épisode de psychose, ou avec les vécus présumés précurseurs d'un risque de psychose ;
- (c) les stratégies pour améliorer la précocité de la détection.

Les recherches semblent montrer que plus la détection et le traitement ont lieu tôt, meilleurs sont les résultats en termes de santé mentale [37, 28, 45]. Il s'agit donc de mesurer la durée depuis le début de la maladie – quand bien même il n'y a pas de consensus sur les manifestations essentielles d'une psychose débutante [5] – jusqu'à l'introduction du traitement (médicaments antipsychotiques tassant les symptômes positifs, thérapie cognitivo-comportementale, et/ou soutien psycho-social). La DUP jouerait le rôle d'un facteur pronostique « modifiable » par des interventions précoces. Bien qu'il ait été affirmé que ces stratégies d'interventions précoces faisaient courir de grands risques d'identification de faux positifs [54], les données montrent que les bénéfices semblent dépasser ces risques [32], ce que nous questionnerons.

Si la DUP est retenue comme marqueur clinique représentatif des psychoses, ce sont les symptômes positifs – hallucinations et délires sur un mode « atténué » – qui conserveront leur rang premier. En effet, cette symptomatologie produc-

tive est plus aisée à délimiter par rapport à une « norme » que les symptômes plus imprécis que l'on range dans la catégorie des « négatifs ».

Une conjecture se met donc en place entre les études de la prévalence des expériences réputées psychotiques, les modèles de la prépsychose, mais aussi la prescription d'antipsychotiques qui a des retombées financières pour les laboratoires [4]. Or, les résultats de méta-analyses permettent seulement de dire aujourd'hui que la DUP est « modestement » associée à une rémission de moindre qualité lors d'un premier épisode de schizophrénie [45]. Cette association est surtout nette lorsque la DUP tend à être courte, beaucoup moins dans le cas contraire. Un point semble acquis : plus on délire ou hallucine longtemps, plus on risque de délirer ou d'halluciner longtemps. Mais il est loin d'être assuré qu'un traitement précoce de ces expériences réputées psychotiques garantit qu'on évitera une psychose grave. Il est encore difficile d'importer un tel raisonnement de prévention médicale dans le champ de la psychopathologie comme le souligne Bottéro : « Avoir des idées délirantes, des hallucinations passagères, qui rentrent dans l'ordre sans traitement, serait plutôt répandu dans la population générale si l'on en croit les enquêtes épidémiologiques qui se sont penchées sur la question [24]. Les points de discontinuité entre normal et pathologique sont ici beaucoup plus délicats à situer qu'il n'y paraît – sauf à « pathologiser » à l'excès des symptômes dont l'évolution spontanée s'avère sans lendemain » ([4], p. 22).

Les orientations cliniques qui doivent éventuellement accompagner la détection d'expériences réputées psychotiques sont donc limitées par les possibilités en termes de diagnostic différentiel. Face à une hallucination ou un délire, le clinicien peut-il penser son intervention en d'autres termes qu'un traitement visant l'abrasion de ces symptômes ? Ne peut-il pas percevoir un fonctionnement psychique qui puisse être soutenu, car son destin serait celui de la construction subjective et non de la pathologie déficitaire ? Avant de savoir quel est le moment opportun pour intervenir, il serait nécessaire de repenser la complexité de la subjectivation et de ses dysfonctionnements. Un traitement systématiquement pharmacologique ne rendrait pas compte de la compétition entre des catégories diagnostiques ouvrant à des pratiques cliniques différenciées des hallucinations et des délires [20].

Néanmoins, l'argument de la prévention des troubles psychotiques continue à susciter l'adhésion. Empiriquement mal fondé, il est pourtant employé de façon récurrente depuis sa formulation par les premiers aliénistes [50], mais

retrouve de la vigueur avec les politiques actuelles vissées au « principe de précaution » [6] et à la « gestion des populations à risque » [12].

La nomination

Que dit le DSM-IV des prodromes et des états à risque ? Pour les partisans de la psychose atténuée, il n'y a évidemment rien de satisfaisant dans le DSM-IV. Woods [56] a montré dans une petite étude que si les cliniciens cotaient déjà les personnes à risque de psychose selon certains diagnostics du DSM-IV (en particulier, le *trouble psychotique non spécifié*, aussi appelé *psychose atypique*, une catégorie transitoire indiquant l'incertitude), ils signalaient leur inconfort avec ces diagnostics qui ne rendraient pas compte avec précision du tableau clinique.

Pour Carpenter ([10], p. 2), les critères qui permettent de décrire la psychose atténuée comme des états épisodiques et intermittents l'écartent d'autant des diagnostics de troubles de la personnalité comme celui de la personnalité schizotypique. Il faudrait attendre que les symptômes prodromaux se stabilisent pour que les critères de la schizotypie puissent venir qualifier ces états, ce à quoi Carpenter répugne puisque ce serait laisser la chose empirer plutôt que d'agir de façon précoce. On voit bien dans cette argumentation comment la DUP découpe une nouvelle entité clinique. Et comme on se situe sous le seuil des symptômes psychotiques « complètement formés », poursuit Carpenter, les diagnostics classiques de psychose ne sont pas (encore) valables. Enfin les troubles de l'humeur et les autres diagnostics non psychotiques seraient en quelque sorte partiels ou hiérarchiquement inférieurs. Il y aurait donc un espace pour un syndrome de risque de psychose qui ne serait pas redondant avec d'autres classes diagnostiques.

La nomination de cet espace a quelque chose de circulaire : la recherche décrit des *risques psychotiques* en identifiant des *expressions mineures du phénotype étendu de la psychose*, des *expériences d'allure psychotique* interprétées comme des *symptômes subcliniques de la psychose/schizophrénie*. Les chercheurs stipulent ensuite que ces *manifestations réputées prépsychotiques* sont le signe d'un *horizon psychotique* et la « conversion » vers la *psychose franche* est conçue comme une *aggravation de ces symptômes atténués*. Or cette aggravation ne correspond parfois qu'à un point supplémentaire sur une échelle remplie par le praticien. Alors que les destins de ces vécus sont variés, on les maintient plutôt arbitrairement dans le spectre de la psychose.

Une manière de présenter cette nouveauté est d'affirmer que ce diagnostic serait moins grave que celui que reçoivent déjà ces patients avec le DSM-IV

([58], p. 189). Tout le monde ne l'entend pas de cette oreille : les patients ne ressentent pas nécessairement leurs symptômes comme « atténués » et, quand ils font la démarche pour se faire soigner, ils n'auraient pas besoin d'entendre qu'ils risquent pire ([25], p. 100-101). Morrison, Byrne et Bentall ([42], p. 97) se contenteraient très bien du diagnostic de psychose non spécifiée ou d'autres diagnostics ouverts qui permettent déjà aux patients de recevoir de l'aide. La grande majorité des patients décrits comme « à risque » sont également « qualifiés » pour un trouble de l'axe I du DSM-IV [38], ce qui garantit leur prise en charge.

En fait, Morrison, Byrne et Bentall [42] soupçonnent les tenants de la psychose atténuée d'utiliser le tremplin du DSM-5 pour servir des intérêts commerciaux qui n'ont rien à voir avec ceux des chercheurs, des professionnels et des usagers de la psychiatrie. Le souci, soulignent-ils, est que l'inclusion de ces critères dans un manuel conçu pour les cliniciens conduira inévitablement à ce qu'une stratégie de recherche plutôt pratique – un bricolage empirique – devienne un syndrome clinique perçu comme une maladie de plein droit, faisant redouter un *effet de nomination*.

La qualité des recherches et leur application

De nombreux scientifiques ont partagé l'enthousiasme des premiers chercheurs du risque psychotique car leurs résultats étaient prometteurs. Dans la version idéale, ils étaient devenus capables d'isoler les manifestations de la psychose avant son déclenchement. En traitant précocement ces individus à risque de psychose, ils retardaient ou prévenaient leurs entrées dans la psychose dans les deux années à venir ; et diminuaient la morbidité secondaire de leur psychose en modulant la durée de l'absence de traitement.

Malheureusement, il y eut des difficultés lors de la réplication des résultats : le taux de prédiction de psychose s'est révélé plus faible ; et les interventions précoces ont donné des résultats mitigés. Des problèmes méthodologiques apparemment également au niveau de la définition du seuil de la psychose et du raffinement plus ou moins implicite de la population étudiée.

Le *Structural Interview for Psychosis-Risk Syndrome* (ou SIPS ; [40]) développé par l'équipe de Thomas McGlashan a ainsi permis d'identifier des personnes à risque de psychose dont 20 à 40 % développaient une psychose dans les deux ans et demi à venir [39, 8]. Ce chiffre peut s'entendre de diverses manières :

- *dans un sens positif*, cela veut dire que les critères du risque de psychose permettent d'identifier approximativement un tiers des personnes qui

vont développer une psychose, alors qu'en temps normal, seule 1 personne sur 400 recevra le diagnostic de psychose.

- *dans un sens négatif*, cela veut dire que 60 à 80 % des gens qu'on labelise « à risque de psychose » seront des *faux positifs* qui ne développeront pas de psychose.

McGlashan et Woods [33] décrivent globalement les multiples destins de ces 60 à 80 % de faux positifs : certains vont conserver les symptômes prodromiques et éventuellement correspondre au diagnostic de trouble de la personnalité schizotypique. D'autres vont développer d'autres troubles non-psychotiques comme la dépression. Et, chez la majorité d'entre eux, sans traitement neuroleptique, ces symptômes prodromaux vont disparaître avec le temps sans séquelle.

Ces évolutions sont confirmées par les résultats d'une des meilleures études sur le sujet, incluant 303 individus perturbés par leurs expériences réputées psychotiques et suivis durant deux ans et demi dans huit centres médicaux coordonnés, et arrivant au résultat de 71 % de faux positifs [1]. L'analyse de l'évolution des participants redécouvre ces groupes hétérogènes : en excluant les 48 individus pour lesquels des données manquent, les chercheurs constatent, après un an, que 35 % des participants avaient développé une psychose et 21 % autres participants avaient commencé à prendre des antipsychotiques de manière préventive (une pratique qui peut dénaturer l'évolution de faux positifs) ; tandis que 44 % avaient vécu un déclin de leurs symptômes psychotiques atténués, dont 24 % qui n'en avaient plus du tout, sans l'aide d'un traitement médicamenteux. La même étude ne trouve aucune différence d'âge, de genre, de rôle ou de fonctionnement social entre ceux dont les symptômes psychotiques atténués déclinent et ceux pour qui ils persistent.

Le problème posé par cette majorité de faux positifs est récalcitrant. Une récente étude [49] montre qu'un sujet a en moyenne quatre fois plus de chance de perdre son statut de « personne à risque psychotique » que de développer une psychose dans l'année. Les spécialistes du risque psychotique constatent eux-mêmes une tendance générale à la diminution de la sévérité des symptômes

| N = 255 | Développent une psychose | Traités préventivement par antipsychotiques | Non convertis | Non convertis sans symptômes | Non convertis avec moins de symptômes |
|-------------|--------------------------|---|---------------|------------------------------|---------------------------------------|
| Nombre | 89 | 55 | 111 | 60 | 51 |
| Pourcentage | 35 | 21 | 44 | 24 | 20 |

Tableau 1. Hétérogénéité des destins des patients perturbés par des symptômes psychotiques atténués après 1 an (d'après [1]).

psychotiques atténués dans les six mois, en dehors de toute médication [34, 38, 53]. Quelles valeurs ont les prédictions de conversion vers la psychose quand les cas de figure rencontrés vont du plus bénin au plus grave ? Kaymaz et van Os ([25], p. 102) vont plus loin en évaluant le risque annuel de développer un trouble psychiatrique, quel qu'il soit, entre 5 et 10 %. Est-il dès lors nécessaire, interrogent-ils, d'avoir un label spécifique pour des individus qui encourent un risque annuel de 10 % de développer un trouble psychiatrique, même sévère ?

Plusieurs raisons amènent à penser que, même s'il y a eu des améliorations, le test prédictif du diagnostic de psychose atténuée n'est en effet pas au point [26]. La diminution du taux de conversion dans les études suivantes (par exemple, seulement 15 % de transition vers la psychose dans l'étude de Haroun et al [23]) a d'abord plongé les chercheurs dans la perplexité [36], avant qu'ils ne trouvent certaines explications *ad hoc*. Ainsi, Yung et al. [64, 62] supposent qu'ils n'ont trouvé un taux de conversion sur deux ans que de 16 %, car en Australie, terre des pionniers du risque psychotique où le taux de conversion était au départ si haut [61], le travail clinique sur la détection et l'intervention précoce sur la psychose aurait déjà eu ses effets bénéfiques... ([53], p. 51). En une quinzaine d'années, la clinique aurait modifié le terrain de la recherche, et il y aurait désormais des *vrais-faux-positifs*, c'est-à-dire des personnes à risque dont l'état ne s'aggrave pas grâce aux interventions précoces.

L'argument le plus général est néanmoins que certaines études testent le taux de conversion chez des sujets à risque sans prendre en compte certaines variables : la recherche de traitement, la détresse et le dysfonctionnement. Ainsi, des études trouvent un taux de conversion à la psychose plus faible chez des personnes qui étaient dites à risque mais qui n'avaient pas besoin de soin [22, 47]. Ces variables secondaires deviendront ainsi un critère *ad hoc*, intégré à part entière dans la refonte de la proposition faite au DSM-5 ([59], p. 201) : si on élimine de l'échantillon examiné les sujets dont les symptômes positifs atténués n'étaient pas associés avec une véritable recherche d'aide à cause de ces symptômes mêmes, on peut supposer que le taux de conversion sera moins dilué. Toutefois, certaines études obtiennent un déséquilibre dans l'autre sens. L'ajout de plusieurs critères mesurant la sévérité du risque psychotique augmente le nombre de *faux négatifs*, c'est-à-dire de personnes qui vont devenir psychotiques alors qu'on ne le leur prédisait pas. Par exemple, dans l'étude de Cannon et al. [8], le taux de conversion des sujets à risque atteignait le chiffre record de 80 % ; mais 70 % des conversions vers la psychose étaient des faux négatifs.

Cette méthode de tri en amont nous oriente vers l'un des problèmes de ces études prédictives : elles ne disent pas la même chose selon l'échantillon qu'elles sélectionnent et la méthode de mesure utilisée.

Les expériences psychotiques atténuées dans la population générale

Le problème de tri est très visible avec les études utilisant des questionnaires auto-administrés, alors que le CAARMS et le SIPS sont des méthodes d'entretiens semi-structurés dans lesquelles le clinicien évalue les réponses de l'individu. Les études psychométriques dites de dépistage (*screening*) avec des questionnaires auto-administrés confirment la prévalence très élevée des expériences psychotiques atténuées dans la population générale, qu'il serait préférable de ne pas confondre avec le risque de psychose ([30], p. 145). La plupart des gens qui se reconnaissent des expériences psychotiques atténuées seraient des faux positifs pour la psychose atténuée [47].

La notion de « continuum psychotique » s'était établie sur des données épidémiologiques et psychométriques indiquant une prévalence élevée d'expériences d'allure psychotique dans la population générale, sans que leur apparition ne justifie un diagnostic de psychose selon le DSM-IV [20, 51-52]. Pour prendre un exemple, une étude sur 7 076 individus aux Pays-Bas a conclu que l'incidence des expériences psychotiques positives dans la population générale était approximativement 100 fois plus importante que les estimations traditionnelles de l'incidence de la schizophrénie [22]. Or, seuls 16 % de ces individus vivaient encore des expériences psychotiques au moment du second entretien, deux ans plus tard. Lorsqu'on étudie de plus près ces expériences humaines « statistiquement normales » et les symptômes psychotiques atténués, on constate une grande similitude phénoménologique [44]. Qu'est-ce qui fait la différence ? Où se situe le seuil ?

Loewy, Johnson et Cannon [30] ont utilisé le *Prodromal Questionnaire* (PQ) sur une population d'étudiants, c'est-à-dire une population « générale » ou « non clinique ». Les participants doivent dire si, dans le mois précédent, ils ont vécu l'une des expériences décrites par les items hors de toute prise de substance. La moitié des items portent sur les symptômes positifs (comme « Je pense que des gens peuvent parfois lire dans mon esprit »), les autres sur les symptômes négatifs, généraux ou de désorganisation. Lors de cette étude, le PQ a été légèrement modifié pour inclure des mesures de la fréquence des expériences, de la détresse qu'elles ont engendrées et de l'éventuelle recherche d'aide associée.

Ils trouvèrent que 43 % des étudiants dépassaient le seuil (*cut-off* ou « valeur limite ») de 8 réponses « oui », signe de prodromes de psychose. Ce score anormalement élevé tombait à 25 % quand on appliquait le critère de la fréquence hebdomadaire des expériences ; et à seulement 2 % quand on ne gardait que les expériences qui avaient engendré de la détresse. Les auteurs conclurent logiquement que les expériences psychotiques atténuées étaient fréquentes chez les jeunes adultes, d'où la nécessité d'appliquer les autres critères contextuels de fréquence et de détresse pour ne pas pathologiser tout l'amphithéâtre. Ils ont également proposé d'élever le seuil de réponse au-delà duquel on entre dans la catégorie « à risque », le faisant passer de 8 à 14 pour des populations non cliniques ([30], p. 149). Cette élévation arbitraire montre bien que les critères du risque psychotique sont problématiques lorsqu'on les applique à la population générale. En termes techniques, ce problème est celui d'un *déséquilibre entre sensibilité et spécificité* des catégories mesurées. Selon les auteurs de l'étude, ce déséquilibre (d'*hypersensibilité*) est probablement dû à la *nature non spécifique* de plusieurs des symptômes prodromiques ([30], p. 149), d'où une compensation par une augmentation des critères contraignants (augmentation de la spécificité), une élévation de la valeur seuil (abaissement de la sensibilité), ou d'une présélection de l'échantillon (augmentation de la spécificité).

Kaymaz et Van Os ([25], p. 101) en arrivent ainsi la conclusion suivante : « Les symptômes psychotiques atténués sont de faibles prédicteurs de la transition vers un trouble psychotique dans des échantillons de la population générale non sélectionnés, mais deviennent de forts prédicteurs de trouble psychotique dans des échantillons sélectionnés d'individus cherchant de l'aide dans la littérature sur le risque ultra-élevé. »

Ces auteurs donnent l'exemple de l'étude de Hanssen et al. [22] où 79 personnes de la population générale ayant des symptômes psychotiques atténués apparus ou aggravés durant l'année précédente sont suivis sur deux ans. Sur cette période, seuls 6 de ces individus ont développé une psychose, soit un taux de conversion de 7,6 %, ramené à un taux de conversion de 3,8 % par an. Ils concluent : « Un risque annuel de 3,8 % n'est pas négligeable, mais ne peut pas être considéré comme très utile dans une visée prédictive, en particulier quand des études de suivis sur du plus long terme, jusqu'à 25 ans, montrent que le risque de conversion est réparti uniformément sur la période de suivi [55] » ([25], p. 101).

Woods, Carlson et McGlashan [58] soulignent ainsi le risque d'un dépistage trop imprécis, occasionnant des taux de conversion plus faibles, et donc sabor-

dant l'argumentation sur la prédiction de la psychose à partir de l'identification des personnes à risque. Ainsi, dans l'étude de Yung et al. [62], l'échantillon fut constitué dans un service général de consultation en santé mentale pour des jeunes, et le taux de conversion a chuté à 16 %. Cette baisse est attribuée au fait que cette population était bien en recherche de traitement, mais qu'elle avait des demandes psychiatriques trop diverses qui n'étaient pas spécialement référées à la psychose. En arguant ceci, Woods, Carlson et McGlashan ont modifié de façon *ad hoc* l'un des critères contextuels censés améliorer la spécificité. Jusqu'où pousse-t-on le raffinement de l'échantillon pour donner l'impression que les critères de la psychose atténuée sont capables d'excellentes prédictions ?

Selon Kaymaz et van Os ([25], p. 102), chaque étude utilise une stratégie différente et unique pour enrichir son échantillon avec davantage de « risque ». Ainsi, les études regroupant plusieurs centres médicaux d'Amérique du Nord [8, 57], qui obtiennent les meilleurs taux de conversion récents, se font envoyer des patients à risque après des conférences dans des écoles ou auprès de cliniciens – méthode difficile à exporter telle quelle. Cet écart entre les échantillons enrichis et la population générale (cible potentielle du nouveau diagnostic) plaide en faveur des études sur la population générale dont les méthodes de recrutement semblent moins artificielles et opportunistes ([25], p. 102).

Ainsi, imaginons que le DSM-5 valide le syndrome de psychose atténuée promu par certains de ces chercheurs, que vont faire les cliniciens qui peuvent le diagnostiquer au quotidien ? Selon Cornblatt [15], ce syndrome va concerner statistiquement beaucoup plus de personnes que la schizophrénie, augmentant d'autant les candidats à un traitement préventif. Or, le maniement des outils de cotation requiert une formation (évaluée à 1 jour et demi pour le SIPS) à laquelle probablement tous les cliniciens n'auront pas accès.

Un autre argument en défaveur de l'inclusion de ce syndrome provient en outre des recherches sur les traitements des personnes à risque, souvent réalisées par les mêmes chercheurs. On peut distinguer deux voies de recherche principales : celle sur les antipsychotiques, et celle sur les thérapies cognitivo-comportementales. Les études introduisant des antipsychotiques [34, 38, 53, 8-9] obtiennent des résultats mitigés. Les antipsychotiques viennent gommer les symptômes positifs (et seulement eux) mais n'affectent pas la probabilité de conversion.

De même, quelques rares études ont évalué l'efficacité des thérapies cognitivo-comportementales pour ces personnes à risque [43, 41]. Dans l'une de ces études [2], la TCC ne s'est pas révélée meilleure qu'une thérapie de soutien

(réalisée par les mêmes cliniciens), mais elle a néanmoins permis de diminuer plus rapidement les symptômes psychotiques atténués. Au final, *très peu d'études indiquent des traitements efficaces pour la psychose atténuée, au mieux diminuent-elles les symptômes positifs atténués.*

Le seuil arbitraire de la psychose et la « gestion des risques » en clinique

Pour Carpenter [10], le syndrome de psychose atténuée trouverait naturellement sa place dans le spectre de la psychose, même si certaines personnes à risque développent finalement plutôt des troubles de l'humeur avec des composantes psychotiques. La conversion de la psychose atténuée, par aggravation des symptômes subcliniques, conduit majoritairement à la reconnaissance d'une psychose. Or, ce n'est pas si évident puisqu'il y a une certaine circularité dans le raisonnement. En effet, avec le SIPS ou le CAARMS, le diagnostic de psychose n'est pas porté suivant les critères de la psychose selon le DSM-IV, mais selon les propres critères de ces grilles d'évaluation ([63], p. 2). Ces recherches viennent redéfinir la première expérience psychotique, ce qui introduit un biais de confirmation.

Ainsi, la « psychose » est définie arbitrairement comme un score au-delà d'un seuil donné sur des échelles autrement continues d'intensité, de fréquence et de durée des expériences d'allure psychotiques. Si on prend l'exemple du CAARMS ([63], p. 2), un point suffit sur une sous-échelle (par exemple, passage d'un score de 5 à un score de 6 quant aux « pensées au contenu inhabituel »), s'il est associé à une fréquence régulière durant au moins une semaine, pour qualifier un individu à risque de pleinement psychotique. Même si ce seuil est le produit d'un consensus de cliniciens, il ouvre une perspective alarmante : psychose *et* prépsychose seraient redéfinies comme « ce que mesurent ces tests ».

Un autre problème se pose : celui de la *transition triviale*. Yung et al. [63] donnent plusieurs exemples cliniques où une personne dépasse le seuil de la psychose arbitrairement fixé par le CAARMS, mais va ensuite aller mieux alors que des individus toujours en-dessous du seuil produisent encore des symptômes invalidants. De nombreuses personnes vont même retrouver un statut « à risque » ou une rémission complète après avoir déjà dépassé le seuil de la psychose. Le phénomène de transition triviale fait conclure aux auteurs que ces seuils arbitraires, issus d'un bricolage empirique, n'ont *aucune validité diagnostique*, pas plus que la notion de « conversion vers la psychose », et ils

s'en remettent à d'éventuels marqueurs biologiques, comme des différences cérébrales, pour véritablement établir la distinction entre psychose et non-psychose ([63], p. 4).

D'autres travaux trouvent également à redire concernant l'application de ces outils normatifs à une population adolescente, où des expériences réputées psychotiques surviennent dans de nombreuses conditions [29, 18].

Pour Woods, Walsh et al. ([59], p. 204), le diagnostic de psychose atténuée est un atout de plus pour le diagnostic différentiel. Il participerait même à la réduction du nombre de prescriptions inappropriées. Cela ne signifie pas qu'il y aurait moins de prescriptions d'antipsychotiques, mais qu'elles ne seront pas faites pour un diagnostic de type DSM-IV jugé inadéquat, ou pour un pseudo-diagnostic d'état à risque basé sur des critères non validés. En plus de dissiper le brouillard diagnostique et thérapeutique, l'inclusion de la psychose atténuée dans le DSM-5 faciliterait la promotion de nouvelles thérapies mieux adaptées.

Il est clair qu'il y a des bénéfices possibles avec ce nouveau diagnostic, mais est-on obligé de penser la santé mentale en termes de rapport bénéfices/risques? C'est ce à quoi le débat semble s'arrimer [14]. Le sociologue Robert Castel [12] avait déjà analysé l'évolution de la psychiatrie vers la *gestion des populations à risques*, une analyse dont on prend toute la mesure aujourd'hui alors que le risque pourrait devenir une entité clinique à part entière.

Pour Pierre-Henri Castel ([11], p. 289-334), l'intérêt pour les formes atténuées des maladies est un sous-produit inévitable du progrès. Plus la médecine deviendrait *evidence based*, plus un créneau s'ouvrirait pour des entités morbides périphériques où vont s'identifier « des patients peu symptomatiques, ou qui cumulent les facteurs de risques, et sont un peu ceci et un peu cela, et au total dans un malaise permanent » [11].

Conclusion

Le 27 avril 2012, face aux inquiétudes sur la fiabilité du syndrome de psychose atténuée dans les essais appliqués, cette catégorie a été recommandée pour l'annexe (section III) du DSM-5 parmi les catégories qui nécessitent davantage de recherche avant d'être considérées en tant que véritables troubles. Les différentes critiques évoquées précédemment ont ainsi conduit à une position de prudence.

Selon Morrison, Byrne et Bentall [42], ce choix est une bonne chose pour les patients, ceux-ci n'ayant guère de bénéfice à tirer de l'inclusion de la psychose atténuée dans le DSM-5. Byrne et Morrison [7] ont ainsi conduit une enquête

pour recueillir le point de vue des patients qualifiés d'à risque. Ils relatent des difficultés pour parler de leurs expériences inhabituelles. Le plus souvent, leur souci central est la peur que leurs expériences signifient qu'ils « deviennent fous ». Cela les retient d'en parler aux autres par peur de leurs réactions négatives. Ces peurs contribuent au développement et au maintien de leurs difficultés psychologiques, et les conduisent souvent à retarder leur recherche d'aide. Or, pour ces personnes à risque, l'écoute de leur détresse psychologique offrirait pourtant des bénéfices significatifs [7].

Pour Morrison, Byrne et Bentall ([42], p. 98-99), ces observations vont ainsi clairement à contre-courant de l'inclusion du diagnostic de psychose atténuée dans le DSM-5 : « Ces observations illustrent l'importance des approches normalisantes et déstigmatisantes, et montrent la nature contre-productive des réactions catastrophiques et pessimistes des professionnels de santé lors de la divulgation d'expériences perceptuelles et de croyances inhabituelles. Labelliser des gens avec le « syndrome de risque de psychose » peut réellement conduire à une prophétie autoréalisante. » ([42], p. 99)

Ainsi, l'utilisation d'un syndrome tel que celui de psychose atténuée pourrait paradoxalement avoir des effets inverses à celui visé : en stigmatisant d'autant plus certaines expériences inhabituelles, il inciterait un certain nombre de patients à ne pas partager leur vécu alors que leur prise en charge précoce pourrait s'avérer bénéfique. Mais encore faudrait-il qu'une telle prise en charge puisse être étayée sur des critères fiables et les différents points évoqués précédemment mettent en évidence le fait que de tels critères ne semblent pas encore déterminés à l'heure actuelle.

Plus globalement, il nous semble également que le risque de l'utilisation de tels syndromes aurait pour danger potentiel de placer dans le champ pathologique un ensemble de vécus inhabituels appartenant au champ des expériences « exceptionnelles » [21, 46] si de tels critères étaient appliqués à la population générale. Ces vécus particuliers risqueraient ainsi d'être traités uniquement sur un versant pathologique alors que les recherches les concernant montrent qu'ils ne sont associés à des souffrances psychiques que dans un cas sur deux. Une analyse précise des processus psychologiques influençant l'apparition de troubles psychotiques, mais aussi, dans une perspective différentielle, la survenue d'expériences exceptionnelles, permettraient selon nous une lecture plus fine et plus adaptée que les différents critères proposés jusqu'alors dans le cadre du syndrome de psychose atténuée.

Références bibliographiques

1. Addington J., Cornblatt B., Cadenhead K.S., Cannon T.D., McGlashan T.H., Perkins D.O., Seidman L.J., Tsuang M.T., Walker E.F., Woods S.W., Heinszen R. 2011. At Clinical High Risk for Psychosis : Outcome for Nonconverters. *Am. J. Psychiatry* 168(8) : 800-805 @.
2. Addington J., Epstein I., Liu L., French P., Boydell K.M., Zipursky R.B. 2011. A randomized controlled trial of cognitive behavioral therapy for individuals at clinical high risk of psychosis. *Schizophr. Res.* 125 : 54-61 @.
3. Askenazy F., Dupuis G., Dor E., Lestideau K., Meynadier A., Myquel A. 2009. Clinique des hallucinations auditives chez l'enfant non-psychotique. *Neuropsych. Enf. Adol.* 57 : 25-31 @.
4. Bottéro A. 2009. La durée de psychose non traitée : quelle valeur pronostique lui attribuer? *InterPsy* 11 : 21-22.
5. Brémaud N. 2008. Prépsychose : revue de la littérature et approche critique. *Info. Psychiatr.* 84(5) : 383-393.
6. Bronner G., Géhin, E. 2010. *L'inquiétant principe de précaution*. Paris : PUF.
7. Byrne R.E., Morrison A.P. 2010. Young people at risk of psychosis : A user-led exploration of interpersonal relationships and communication of psychological difficulties. *Early Intervention in Psychiatry* 4(2) : 162-168 @.
8. Cannon T.D., Cadenhead K., Cornblatt B., Woods S.W., Addington J., Walker E., Seidman L.J., Perkins D., Tsuang M., McGlashan T.H., Heinszen R. 2008. Prediction of psychosis in youth at high clinical risk : a multisite longitudinal study in North America. *Arch. Gen. Psychiatry* 65(1) : 28-37 @.
9. Cannon T.D., Huttunen M.O., Dahlstrom M., Larmo I., Rasanen P., Juriloo A. 2002. Antipsychotic drug treatment in the prodromal phase of schizophrenia. *Am. J. Psychiatry* 159(7) : 1230-1232 @.
10. Carpenter W.T. 2009. Anticipating DSM-V : Should Psychosis Risk Become a Diagnostic Class? *Schizophr. Bull.* 35 : 841-843.
11. Castel P.-H. 2009. *L'Esprit malade. Cerveaux, folies, individus*. Paris : Ithaque.
12. Castel R. 1981. *La gestion des risques. De l'anti-psychiatrie à l'après-psychanalyse*. Paris : Les Editions de Minuit.
13. Chapman L.J., Chapman J.P., Kwapil T.R., Eckblad M., Zinser M.C. 1994. Putatively psychosis-prone subjects 10 years later. *J Abnormal Psychol.* 103 : 171-183 @.
14. Corcoran C.M., First M.B., Cornblatt B. 2010. The psychosis risk syndrome and its proposed inclusion in the DSM-V : a risk-benefit analysis. *Schizophr. Res.* 120(1-3) : 16-22 @.
15. Cornblatt B. 2009. In opposition to the inclusion of the PRS in DSM-5.
16. DSM-5 Task Force. 2010a. Text for the Risk Syndrome for First Psychosis @.
17. DSM-5 Task Force. 2010b. Proposed draft revisions to DSM disorders and criteria : attenuated psychotic symptoms syndrome. American Psychiatric Association.

18. Evrard R. 2010a. Psychiser le Maître absolu : solutions/pubertaires par le paranormal. *Adolescence* 28(4) : 841-854 @.
19. Evrard R. 2010b. Schizotypie ou névrose ? La place des expériences réputées psychotiques. *Perspectives psychiatriques* 49(3) : 230-240 @.
20. Evrard R. 2011. Les expériences réputées psychotiques dans la population générale : essai de problématisation. *Ann. Médico-psychol.* 169(5) : 282-287 @.
21. Evrard R. 2012. Clinical Practice of Anomalous Experiences: Roots and Paradigms. In C.D. Murray (Ed.), *Anomalous Experiences and Mental Health*. London : Nova Publishers, 89-106.
22. Hanssen M., Bak M., Bijl R., Vollebergh W., van Os J. 2005. The incidence and outcome of subclinical psychotic experiences in the general population. *Br. J. Clin. Psychol.* 44 : 181-191.
23. Haroun N., Dunn L., Haroun A., Cadenhead K.S. 2006. Risk and protection in prodromal schizophrenia : ethical implications for clinical practice and future research. *Schizophr. Bull.* 32(1) : 166-178 @.
24. Johns L.C., van Os J. 2001. The continuity of psychotic experiences in the general population. *Clin. Psychol. Rev.* 21(8) : 1125-1141 @.
25. Kaymaz N., van Os J. 2010. DSM-5 and the “Psychosis Risk Syndrome” : Babylonian confusion. *Psychosis* 2(2) : 100-103 @.
26. Larkin W., Marshall M. 2010. DSM-5 and the “Psychosis Risk Syndrome” : no different than any other diagnostic test. *Psychosis* 2(3) : 191-195 @.
27. Larøi F., Van der Linden M., Goëb J.-L. 2009. Hallucinations et idées délirantes chez les enfants et adolescents : mise en perspective avec les travaux réalisés chez l’adulte. *Neuropsych. Enf. Adol.* 57 : 32-37 @.
28. Larsen T.K., Melle I., Auestad B., Friis S., Haahr U., Johannessen J.O., Opjordsmoen S., Rund B.R., Simonsen E., Vaglum P., McGlashan T.H. 2006. Early detection of first episode psychosis; the effect on 1-year outcome. *Schizophr. Bull.* 32 : 758-764 @.
29. Le Maléfan P. 2008. « La vérité est ailleurs » : La place du paranormal à l’adolescence comme mode de traitement du réel/pubertaire. *Adolescence* 26(3) : 709-721 @.
30. Loewy R.L., Johnson J.K., Cannon T.D. 2007. Self-report of attenuated psychotic experiences in a college population. *Schizophr. Res.* 93(1-3) : 144-151 @.
31. McCreery C., Claridge G. 2002. Healthy schizotypy : the case of out-of-the-body experiences. *Pers. Ind. Diff.* 32(1) : 141-154 @.
32. McGlashan T.H. 2005. Early detection and intervention in psychosis : an ethical paradigm shift. *Br. J. Psychiatry* 187(Supplement 48) : s113-s115 @.
33. McGlashan T.H., Woods S.W. 2011. Early Antecedents and Detection of Schizophrenia. Understanding the Clinical Implications. *Psychiatric Times* @.
34. McGlashan T.H., Zipursky R.B., Perkins D., Addington J., Miller T., Woods S.W., et al. 2006. Randomized, double-blind trial of olanzapine versus placebo in patients prodromally symptomatic for psychosis. *Am. J. Psychiatry* 163 : 790-799 @.

35. McGorry P.D., McFarlane C., Patton G.C., Bell R., Hibbert M.E., Jackson H.J., et al. 1995. The prevalence of prodromal features of schizophrenia in adolescence : a preliminary survey. *Acta Psychiatr. Scan.* 92(4) : 241-249 @.
36. McGorry P.D., Nelson B., Amminger G.P., Bechdolf A., Francey S.M., Berger G., et al. 2009. Intervention in individuals at ultra high risk for psychosis : A review and future directions. *J. Clin. Psychiatry* 70(9) : 1206-1212 @.
37. McGorry P.D., Nordentoft M., Simonsen E. 2005. Early psychosis : a bridge to the future. *Br. J. Psychiatry* 187(Supplement 48) : s1-s3.
38. McGorry P.D., Yung A.R., Phillips L.J., Yuen H.P., Francey S., Cosgrave E.M., et al. 2002. Randomized controlled trial of interventions designed to reduce the risk of progression to first-episode psychosis in a clinical sample with subthreshold symptoms. *Arch. Gen. Psychiatry* 59 : 921-928 @.
39. Miller T.J., McGlashan T.H., Rosen J.L., Cadenhead K., Ventura J., McFarlane W., et al. 2003. Prodromal assessment with the Structured Interview for Prodromal Syndromes and the Scale of Prodromal Symptoms : predictive validity, interrater reliability, and training to reliability. *Schizophr. Bull.* 29 : 703-715 @.
40. Miller T.J., McGlashan T.H., Rosen J.L., Somjee L., Markovich P.J., Stein K., Woods S.W. 2002. Prospective diagnosis of the initial prodrome for schizophrenia based on the Structured Interview for Prodromal Syndromes : preliminary evidence of interrater reliability and predictive validity. *Am. J. Psychiatry* 159 : 863-865 @.
41. Morrison A.P., Stewart S.L.K., French P., Bentall R.P., Birchwood M., Byrne R., et al. 2011. Early detection and intervention evaluation for people at high-risk of psychosis-2 (EDIE-2) : trial rationale, design and baseline characteristics. *Early Intervention in Psychiatry* 5 : 24-32 @.
42. Morrison A.P., Byrne R., Bentall R.P. 2010. DSM-5 and the 'Psychosis Risk Syndrome' : Whose best interests would it serve ? *Psychosis* 2(2) : 96-99 @.
43. Morrison A.P., French P., Walford L., Lewis S.W., Kilcommons A., Green J., Parker S., Bentall R.P. 2004. Cognitive therapy for the prevention of psychosis in people at ultra-high risk : Randomised controlled trial. *Br. J. Psychiatry* 185(4) : 291-297 @.
44. Murphy J., Shevlin M., Adamson G., Houston J.E. 2010. Positive psychosis symptom structure in the general population : Assessing dimensional consistency and continuity from "pathology" to "normality". *Psychosis* 2(3) : 199-209 @.
45. Perkins D.O., Gu H., Boteva K., Lieberman J.A. 2005. Duration of Untreated Psychosis and Outcome in Schizophrenia. *Am. J. Psychiatry* 162 : 1785-1804 @.
46. Rabeyron T., Chouvier B., Le Maléfan P. 2010. Clinique des expériences exceptionnelles : du trauma à la solution paranormale. *Evol. Psychiatr.* 75(4) : 633-653 @.

47. Rössler W., Riecher-Rössler A., Angst J., Murray J., Gamma A., Eich D., van Os J., Gross V.A. 2007. Psychotic experiences in the general population: a twenty-year prospective community study. *Schizophr. Res.* 92: 1-14 @.
48. Ruhrmann S., Schultze-Lutter F., Klosterkötter J. 2010. Probably at-risk, but certainly ill – Advocating the introduction of a psychosis spectrum disorder in DSM-V. *Schizophr. Res.* 120(1) : 23-37 @.
49. Simon A.E., Umbricht D. 2010. High remission rates from an initial ultra-high risk state of psychosis. *Schizophr. Res.* 116(2-3) : 168-172 @.
50. Trichet Y. 2011. *L'entrée dans la psychose. Approches psychopathologiques, clinique et (auto-)traitements.* Rennes : Presses Universitaires de Rennes.
51. Van Os J., Hanssen M., Bijl R.V., Ravelli A. 2000. Strauss (1969) revisited: a psychosis continuum in the general population? *Schizophr. Res.* 45(1-2) : 11-20 @.
52. Van Os J., Linscott R., Myin-Germeys I., Delespaul P., Krabbendam L. 2009. A Systematic Review and Meta-Analysis of the Psychosis Continuum: Evidence for a Psychosis Proneness – persistence – impairment Model of Psychotic Disorder. *Psychol. Med.* 39(02) : 179-195 @.
53. Walker E.F., Cornblatt B., Addington J., Cadenhead K.S., Cannon T.D., McGlashan T.H., Perkins D.O., Seidman L.J., Tsuang M., Woods S.W., Heinssen R. 2009. The relation of antipsychotic and antidepressant medication with baseline symptoms and symptom progression: A naturalistic study of the North American Prodrome Longitudinal Sample. *Schizophr. Res.* 115(1) : 50-57 @.
54. Warner R. 2005. Problems with early and very early intervention in psychosis. *Br. J. Psychiatry* 187(Suppl 48) : s104-s107 @.
55. Werbeloff N., Drukker M., Dohrenwend B.P., Levav I., Yoffe R., Van Os J., Davidson M., Weiser M. 2009. Self-reported psychotic symptoms in the community are associated with increased risk of later hospitalization for non-affective psychotic disorders (Conference Abstract). *Schizophr. Bull.* 35 (Supplement 1) : 74.
56. Woods S.W. 2010. *DSM-5 needs a psychosis risk syndrome.* New Orleans, LA: American Psychiatric Association.
57. Woods S.W., Addington J., Cadenhead K.S., Cannon T.D., Cornblatt B.A., Heinssen R., *et al.* 2009. Validity of the prodromal risk syndrome for first psychosis: findings from the North American Prodrome Longitudinal Study. *Schizophr. Bull.* 35(5) : 894-908 @.
58. Woods S.W., Carlson, J.P., McGlashan, T.H. 2010. DSM-5 and the 'Psychosis Risk Syndrome': The DSM-5 proposal is better than DSM-IV. *Psychosis* 2(3) : 187-190 @.
59. Woods S.W., Walsh B.C., Saksa J.R., McGlashan T.H. 2010. The case for including Attenuated Psychotics Symptoms Syndrome in DSM-5 as a psychotic risk syndrome. *Schizophr. Res.* 123 : 199-207 @.

60. Yung A.R., McGorry P.D. 1996. The prodromal phase of first-episode psychosis : Past and current conceptualizations. *Schizophr. Bull.* 22 : 353-370 @.
61. Yung A.R., McGorry P.D., McFarlane C.A., Jackson H.J., Patton G.C., Rakkar A. 1996. Monitoring and care of young people at incipient risk of psychosis. *Schizophr. Bull.* 22(2) : 283-303 @.
62. Yung A.R., Nelson B., Stanford C., Simmonds M.B., Cosgrave E.M., Killackey E., Philipps L.J., Bechdolf A., Buckby J., McGorry P.D. 2008. Validation of “prodromal” criteria to detect individuals at ultra high risk of psychosis : 2 year follow-up. *Schizophr. Res.* 105(1-3) : 10-17 @.
63. Yung A.R., Nelson B., Thompson A., Wood, S.J. 2010. The psychosis threshold in Ultra High Risk (prodromal) research : Is it valid? *Schizophr. Res.* 120 : 1-6 @.
64. Yung A.R., Yuen H.P., Berger G., Francey S., Hung T.-C., Nelson B., Phillips L., McGorry P.D. 2007. Declining transition rate in ultra high risk (prodromal) services : dilution or reduction of risk? *Schizophr. Bull.* 33 : 673-681 @.

AVERTISSEMENT. Le contenu de cette publication électronique relève de la législation française sur la propriété intellectuelle et est la propriété exclusive de l'éditeur. Les textes et illustrations figurant dans cette publication électronique peuvent être consultés et reproduits sur un support papier ou numérique sous réserve qu'elles soient strictement réservées à un usage personnel, scientifique ou pédagogique excluant toute exploitation commerciale. La reproduction devra mentionner l'éditeur, le nom de la revue, l'auteur et la référence du document selon ce modèle :

Renaud Evrard & Thomas Rabeyron, « Risquer la psychose : objections faites au “syndrome de psychose atténuée” », *PSN. Psychiatre, Sciences humaines, Neurosciences [en ligne]*. Nouvelle série, vol. 10, n° 2, décembre 2012, Paris, Éditions Matériologiques, p. 45-68. Mis en ligne en décembre 2012. URL : www.materiologiques.com

Toute autre reproduction est interdite sauf accord préalable de l'éditeur, en dehors des cas prévus par la législation en vigueur en France.