

Premier accès psychotique aigu de l'adolescent : Démarche
diagnostique en situation d'urgence

Acute first psychotic episode in adolescents: A diagnostic ap-
proach in emergency settings

Primer episodio psicótico agudo del adolescente: abordaje
diagnóstico en situación de urgencia

Manal Bakki (1), Bouchra Aabbassi (1,2), Fatiha Manoudi (3)

(1) Equipe universitaire de pédopsychiatrie, CHU Med VI de Marrakech, Maroc

(2) Centre de recherche « Santé, Enfance et développement » faculté de médecine et de phar-
macie de Marrakech, Maroc, université Cadi Ayyad, Marrakech, Maroc

(3) Equipe de recherche pour la santé mentale, faculté de médecine et de pharmacie de Marra-
kech, université Cadi Ayyad, Marrakech, Maroc

Reçu : 10/10/2026

Accepté : 16/10/2026

Auteure correspondante : Manal Bakki, Equipe universitaire de pédopsychiatrie, CHU Mo-
hammed VI, Marrakech, Maroc. E-mail : bak.manal@gmail.com

RÉSUMÉ

Objectif : Établir une démarche diagnostique structurée et hiérarchisée du premier accès psychotique aigu de l'adolescent en situation d'urgence, afin d'optimiser la prise en charge initiale et d'améliorer le pronostic à court et à long terme.

Méthode : Revue narrative de la littérature fondée sur une recherche dans les bases PubMed et Cochrane (articles en français et en anglais ; mots-clés : first episode psychosis, early-onset psychosis, emerging psychosis, adolescent, emergency, secondary psychosis, duration of untreated psychosis), complétée par une recherche manuelle dans les bibliographies des articles retenus, l'Encyclopédie Médico-Chirurgicale (EMC), des ouvrages de référence et les recommandations des sociétés savantes, portant sur les données épidémiologiques, cliniques et diagnostiques du premier épisode psychotique chez l'adolescent en situation d'urgence.

Résultats : La démarche diagnostique recommandée s'organise en trois temps complémentaires : (1) accueil du patient et élimination des étiologies organiques, guidée par des signes d'alerte, par anamnèse médicale et examens complémentaires ; (2) établissement du diagnostic positif intégrant l'histoire développementale et de la maladie, et l'estimation de la durée de psychose non traitée (DPNT) ; (3) identification des facteurs de gravité pronostique permettant de stratifier le risque de rechute et de chronicisation et d'adapter l'intensité du suivi.

Conclusion : Une intervention précoce et multidisciplinaire, guidée par une démarche diagnostique hiérarchisée impliquant pédopsychiatres, médecins somaticiens, famille et école, est susceptible d'améliorer le pronostic à court et long terme en limitant la transition vers des troubles psychotiques chroniques.

Mots-clés : Psychose émergente ; adolescence ; premier épisode psychotique ; diagnostic d'urgence ; durée de psychose non traitée.

RESUMEN

Objetivo: Establecer un abordaje diagnóstico estructurado y jerarquizado del primer episodio psicótico agudo del adolescente en situación de urgencia, con el fin de optimizar el manejo inicial y mejorar el pronóstico a corto y largo plazo.

Método: Revisión narrativa de la literatura basada en una búsqueda en PubMed y Cochrane (artículos en francés e inglés; palabras clave: first episode psychosis, early-onset psychosis, emerging psychosis, adolescent, emergency, secondary psychosis, duration of untreated psychosis), completada con una búsqueda manual en las bibliografías de los artículos seleccionados, la Encyclopédie Médico-Chirurgicale (EMC), obras de referencia y las recomendaciones de las sociedades científicas, sobre los datos epidemiológicos, clínicos y diagnósticos del primer episodio psicótico del adolescente en situación de urgencia.

Resultados: El abordaje diagnóstico recomendado se organiza en tres etapas complementarias: (1) acogida del paciente y descarte de las etiologías orgánicas, guiado por signos de alarma, mediante la anamnesis médica y exploraciones complementarias; (2) establecimiento del diagnóstico positivo, integrando la historia del desarrollo y de la enfermedad y la estimación de la duración de la psicosis no tratada (DPNT); (3) identificación de los factores de gravedad pronóstica que permiten estratificar el riesgo de recaída y de cronificación y adaptar la intensidad del seguimiento.

Conclusión: Una intervención precoz y multidisciplinaria, guiada por un abordaje diagnóstico jerarquizado que implique a psiquiatras infantojuveniles, médicos somáticos, familia y escuela, puede mejorar el pronóstico a corto y largo plazo al limitar la transición hacia trastornos psicóticos crónicos.

Palabras clave: Psicosis emergente; adolescencia; primer episodio psicótico; diagnóstico de urgencia; duración de la psicosis no tratada.

ABSTRACT

Objective: To establish a structured and hierarchical diagnostic approach to the first acute psychotic episode in adolescents in emergency settings, in order to optimise initial management and improve short- and long-term prognosis.

Methods: Narrative review of the literature based on a search of PubMed and Cochrane (articles in French and English; keywords: first episode psychosis, early-onset psychosis, emerging psychosis, adolescent, emergency, secondary psychosis, duration of untreated psychosis), supplemented by a manual search of the reference lists of included articles, the Encyclopédie Médico-Chirurgicale (EMC), reference textbooks and learned society guidelines, covering epidemiological, clinical and diagnostic data on first-episode psychosis in adolescents in emergency settings.

INTRODUCTION

La psychose se définit par une rupture du contact avec la réalité et englobe plusieurs entités nosographiques, dont la schizophrénie, le trouble schizo-affectif et d'autres conditions apparentées [1]. À l'adolescence, elle présente des caractéristiques cliniques distinctes, en raison des importants remaniements neurodéveloppementaux propres à cette période critique [2].

L'épisode psychotique aigu en pédopsychiatrie se caractérise par l'émergence de symptômes psychotiques francs — délire, hallucinations, désorganisation de la pensée — d'intensité franche, persistant au-delà de sept jours, l'épisode complet s'étendant sur une durée d'un à six mois [3].

Results: The recommended diagnostic approach is organised in three complementary steps: (1) receiving the patient and ruling out organic aetiologies, guided by red flags, through medical history and investigations; (2) establishing the positive diagnosis, integrating developmental and illness history and an estimate of the duration of untreated psychosis (DUP); (3) identifying prognostic severity factors in order to stratify the risk of relapse and chronicity and to adapt the intensity of follow-up.

Conclusion: Early, multidisciplinary intervention guided by a hierarchical diagnostic approach involving child and adolescent psychiatrists, somatic physicians, family and school is likely to improve short- and long-term prognosis by limiting the transition to chronic psychotic disorders.

Keywords: Emerging psychosis; adolescence; first-episode psychosis; emergency diagnosis; duration of untreated psychosis.

Il constitue cliniquement une urgence diagnostique complexe : les symptômes peuvent être transitoires, d'origine organique (~5,6 %) [4], toxique ou médicamenteuse, ou révéler un trouble psychiatrique sous-jacent ou débutant.

L'évolution du premier épisode psychotique chez l'adolescent est hétérogène. À l'adolescence, l'épisode psychotique aigu peut rester isolé ou inaugurer un trouble bipolaire ou schizophrénique [3,5]. Dans une méta-analyse récente de 14 études (12 920 patients, tous âges confondus) portant sur les troubles psychotiques aigus et transitoires, le diagnostic initial n'était maintenu que chez 41 % des patients ; 39 % évoluaient vers un trouble du spectre de la schizophrénie et 19 % vers un trouble de l'humeur, et 43 % présentaient une rechute [6]. Cette hétérogénéité clinique traduit l'absence de profil évolutif unique et justifie une approche individualisée de la prise en charge et du suivi.

JUSTIFICATION ET OBJECTIF DE LA REVUE

Il n'existe à ce jour aucun consensus international ou national sur le bilan à réaliser devant un premier épisode psychotique, ce qui entraîne une grande disparité des pratiques [4]. Cette situation est particulièrement préoccupante à l'adolescence, où le polymorphisme clinique et la fréquence des causes secondaires compliquent l'évaluation initiale aux urgences.

Cet article présente une démarche diagnostique structurée et hiérarchisée, destinée aux situations d'urgence, afin d'optimiser la prise en charge initiale du premier accès psychotique chez l'adolescent et d'améliorer le pronostic à court et long terme.

MÉTHODES DE RECHERCHE ET DE RÉVISION BIBLIOGRAPHIQUE

Cette revue narrative repose sur une recherche dans les bases PubMed et Cochrane, portant sur des articles en français et en anglais. Les mots-clés, dérivés de ceux du résumé, étaient : « first episode psychosis », « early-onset psychosis », « emerging psychosis », « adolescent », « emergency », « secondary psychosis » et « duration of untreated psychosis », combinés par les opérateurs booléens ET/OU. Étaient inclus les revues systématiques, méta-analyses, études de cohorte ou transversales et recommandations portant sur des sujets de moins de 18 ans, ou sur des premiers épisodes psychotiques du sujet jeune lorsque les données pédiatriques étaient insuffisantes, et traitant de

l'épidémiologie, de la clinique, du diagnostic étiologique ou du pronostic. Cette recherche a été complétée par une recherche manuelle dans les bibliographies des articles retenus, qui a permis d'inclure des travaux de référence (méta-analyses, études princeps), ainsi que par la nomenclature de référence (DSM-5), l'Encyclopédie Médico-Chirurgicale, des ouvrages de référence en psychopathologie de l'adolescent et les recommandations des sociétés savantes.

RÉSULTATS

Données épidémiologiques

Les symptômes psychotiques ne sont pas rares durant le développement. Les études rapportent une prévalence estimée à 17% chez les enfants de 9 à 12 ans et 7,5% chez les adolescents de 13 à 18 ans [7], la plupart étant transitoires et sans valeur prédictive de l'entrée en psychose [8].

En pratique clinique, l'accès psychotique aigu n'est pas rare chez l'adolescent : sa prévalence en population clinique varie entre 10 et 30 % selon les études, et 5 à 20% des adolescents hospitalisés en milieu psychiatrique présentent une symptomatologie psychotique aiguë [9]. Dans une cohorte de 404 adolescents hospitalisés en psychiatrie, 28 % présentaient des symptômes psychotiques à l'admission, dont 11 % atteignant le seuil clinique [10]. À l'échelle internationale, une méta-analyse de 192 études épidémiologiques estime que 12,3 % des troubles psychotiques débutent avant l'âge de 18 ans [11].

Tableau 1. Prévalence des symptômes psychotiques selon la population étudiée

Population	Prévalence
Symptômes psychotiques chez l'enfant (9–12 ans)	17 %
Symptômes psychotiques chez l'adolescent (13–18 ans)	7,5 %
Accès psychotique aigu en population clinique	10–30 %
Adolescents hospitalisés en pédopsychiatrie présentant une symptomatologie psychotique aiguë	5–20 %

Les prévalences sont exprimées en pourcentage de la population considérée [7,9].

Caractéristiques cliniques de la symptomatologie psychotique à l'adolescence

Les expériences psychotiques rapportées par les jeunes ne sont pas spécifiques d'un trouble psychotique constitué [12–15], un nombre non négligeable d'adolescents présentant des symptômes positifs (hallucinations, désorganisation de la pensée et du comportement) relèvent en effet d'autres troubles psychiatriques, voire, plus rarement, d'étiologies organiques, de prises médicamenteuses ou toxiques.

À l'adolescence, la symptomatologie de la psychose et de l'accès psychotique aigu est hétérogène et présente des particularités développementales. S'y associent, à des degrés variables, hallucinations, idées délirantes, troubles du cours et du contenu de la pensée, désorganisation comportementale, symptômes négatifs et manifestations affectives — un polymorphisme qui rend l'évaluation initiale souvent complexe et peu spécifique [12–14].

Si le début peut apparaître franchement brutal dans certains cas, il est plus fréquemment précédé d'une phase prodromique associant symptômes atténués, déclin des performances scolaires ou du fonctionnement social, et difficultés cognitives ou relationnelles, dont la durée d'installation s'avère très variable [13,15,16].

Les analyses dimensionnelles suggèrent que, dans cette population, la symptomatologie négative et la désorganisation occupent une place centrale et présentent parfois une valeur clinique supérieure aux anomalies de la perception [14,16].

L'importance des symptômes négatifs constitue un constat important : présents chez environ 60,8 % des jeunes atteints de psychose précoce, ils sont associés à

une évolution clinique, fonctionnelle et thérapeutique moins favorable [17].

En comparaison avec les sujets adultes, les psychoses précoces de l'adolescent s'accompagnent fréquemment d'une durée de psychose non traitée plus longue, d'un fonctionnement pré-morbide de moindre qualité, d'une fréquence accrue des comportements bizarres et d'une plus grande prévalence des symptômes négatifs primaires [18,19].

Sur le plan pronostique, la prolongation de la durée de psychose non traitée, la persistance des symptômes négatifs et l'usage de substances figurent parmi les marqueurs les plus constamment associés à une évolution défavorable, se traduisant par des taux de rémission moindres, un risque accru de rechutes et un fonctionnement plus dégradé au suivi [20–22].

Démarche diagnostique en situation d'urgence

La démarche diagnostique proposée s'organise selon trois temps complémentaires, hiérarchisés.

- **Premier temps : Accueil du patient et élimination d'une cause organique**

La prise en charge débute par l'accueil de l'adolescent et de sa famille dans un cadre calme et sécurisant, avec une attitude empathique et rassurante. En cas d'agitation, les techniques de désescalade verbale et les mesures environnementales sont privilégiées en première intention ; le recours à une contention ou à une sédation médicamenteuse n'est envisagé qu'en deuxième intention [23].

Elle se poursuit par une anamnèse médicale complète et un examen clinique minutieux, complétés par des examens paracliniques. L'origine organique ne concerne qu'environ 5 % des premiers épisodes

psychotiques [4,24], mais les causes secondaires dans leur ensemble (toxiques et médicamenteuses incluses) en représentent 14 % [24], et jusqu'à 23,5 % dans une cohorte pédiatrique hospitalière où l'âge inférieur à 13 ans et la catatonie étaient associés à une cause secondaire [15].

Anamnèse médicale :

- **Antécédents organiques** : syndromes génétiques, troubles neurologiques, pathologies métaboliques ou endocriniennes

- **Antécédents psychiatriques** : troubles du neurodéveloppement, troubles psychoaffectifs, traumatismes, tentatives de suicide, antécédents d'épisodes similaires.

Consommation de substances : préciser type, quantités, fréquence, durée [25,26]. Cannabis = facteur de risque majeur de psychoses précoces [27].

Anamnèse médicamenteuse :

Rechercher la prise de : corticoïdes, d'antibiotiques, méthylphénidate et autres psychostimulants, bromocriptine, anticholinergiques, dopaminergiques, lévétiracetam

Examen clinique :

- Constantes vitales, état de conscience, orientation spatio-temporelle

- Examen neurologique complet

- Examen des autres appareils selon l'orientation clinique

Signes d'alerte devant faire suspecter une cause organique : début brutal (quelques jours), début très précoce (avant 13 ans) [15], troubles de la vigilance ou confusion fluctuante, désorientation, hallucinations visuelles, olfactives ou tactiles au premier plan, crises comitiales, mouvements anormaux (dyskinésies oro-faciales), signes neurologiques focaux, catatonie, dysautonomie (tachycardie, hyperthermie, instabilité tensionnelle), céphalées ou fièvre, déclin cognitif rapide, absence d'antécédents et de facteurs de risque psychiatriques. Leur présence impose un bilan étendu (IRM cérébrale, EEG, ponction lombaire avec recherche d'anticorps anti-NMDAR dans le LCR et le sérum) en lien avec les neuropédiatres [28,29].

Bilan paraclinique de première intention :

NFS, CRP, ionogramme avec calcémie, bilan hépatique et rénal, TSH, glycémie, bandelette urinaire, dépistage toxicologique urinaire, test de grossesse (si indication), ECG. Examens orientés par la clinique ou les signes d'alerte : EEG, IRM cérébrale, ponction lombaire, céruloplasmine et cuprurie, vitamine B12 et folates, sérologies VIH et syphilis [30,31]. Le bilan lipidique et la glycémie à jeun relèvent du bilan pré-thérapeutique avant antipsychotique.

Volume 12, numéro 1, 2026, pp. 1-14

Cet article est sous licence Creative Commons BY-NC-ND 4.0

DOI: <https://doi.org/10.65549/8xk5ax54>

Tableau 2. Principales causes organiques à évoquer devant un premier épisode psychotique [9,24,31]

Troubles neurologiques	Maladies neuro-métaboliques	Troubles métaboliques et endocriniens	Maladies génétiques
Épilepsie du lobe temporal / crises limbiques	Maladie de Wilson*	Hyponatrémie, hyponatémie	Trisomie 21 (syndrome de Down)
Traumatisme crânien, hématome, tumeur, malformation vasculaire	Maladie de Niemann-Pick type C	Hypocalcémie, hypomagnésémie	Syndrome vélocardiofacial (délétion 22q11.2)
Méningo-encéphalite infectieuse (dont VIH, syphilis)	Troubles du métabolisme de l'homocystéine	Hypoglycémie, hyperglycémie hyperosmolaire non cétosique	Syndrome de Marfan
Maladies auto-immunes : lupus érythémateux systémique, encéphalite à anticorps anti-NMDAR, encéphalopathie de Hashimoto	Porphyrie aiguë intermittente	Hyper- et hypothyroïdie ; carence en vitamine B12	Maladie de Huntington
	Leucodystrophie métabolique, adrénoleucodystrophie		
	Troubles du cycle de l'urée		

* Cause neuro-métabolique rare mais curable, à rechercher (céruloplasmine, cuprurie) en particulier en cas de signes hépatiques ou neurologiques associés [31]. *Abréviations : NMDAR, récepteur N-méthyl-D-aspartate.*

Tableau 3. Causes médicamenteuses et toxiques, et diagnostics différentiels psychiatriques des symptômes psychotiques [9,32–36].

Médicamenteuses	Toxiques	Psychiatriques
Anticholinergiques	Cocaïne	Dissociation post-traumatique
Agents dopaminergiques	Cannabis, cannabinoïdes de synthèse	Dépression avec caractéristiques psychotiques
Corticoïdes	Opiacés	Accès maniaque
Antibiotiques (fluoroquinolones, isoniazide, macrolides, pénicillines, triméthoprim-sulfaméthoxazole)	Amphétamines, cathinones de synthèse	Trouble de la personnalité limite en constitution
Lévétiracétam	Hallucinogènes (LSD, mescaline)	
Méthylphénidate	Trichloréthylène	

Abréviations : LSD, diéthylamide de l'acide lysergique.

Parmi les causes toxiques et médicamenteuses, les psychostimulants méritent une attention particulière à l'adolescence, du fait de la prescription du méthylphénidate et des amphétamines dans le trouble déficit de l'attention avec ou sans hyperactivi-

té (TDAH) et de l'usage non médical d'amphétamines et de cathinones de synthèse. Une méta-analyse récente de 77 études (687 912 sujets) retrouve une incidence poolée de psychose de 0,6 % chez les sujets recevant des stimulants à visée thérapeutique, contre une prévalence

d'environ 33 % en cas d'usage non thérapeutique (illicite, récréatif ou détourné) [36]. Les psychoses liées à l'usage non thérapeutique étaient associées à des doses plus élevées, à un début aigu, à des idées délirantes de persécution, à des hallucinations et à un risque accru de récurrence, tandis que les épisodes survenant sous traitement régressaient le plus souvent après réduction de la posologie ou arrêt du stimulant [36]. Ce risque, faible mais cliniquement pertinent sous prescription, concerne surtout les sujets présentant une vulnérabilité psychiatrique [35,36]. En pratique, devant un premier épisode psychotique chez un adolescent traité pour un TDAH, la molécule, la posologie et toute modification récente du traitement doivent être précisées, et un mésusage ou une consommation associée d'autres substances systématiquement recherchés.

- **Deuxième temps : établir le diagnostic positif**

Le diagnostic positif repose sur la reconstitution de l'histoire développementale du patient, et l'évaluation du :

1. Mode d'apparition et la durée de l'évolution des signes cliniques
2. Le tableau clinique : signes positifs (délire, hallucinations), signes négatifs (isolement, retrait), troubles cognitifs/affectifs et désorganisation.
3. Son retentissement fonctionnel : sur les sphères relationnelle, sociale, instinctuelle et scolaire
4. La DPNT (durée de psychose non traitée) : à estimer pour sa valeur pronostique, non diagnostique [37]
5. Le fonctionnement pré-morbide : scolaire/social avant l'épisode actuel

- **Troisième temps : identifier les facteurs de gravité pronostique**

Cette étape cruciale permet de stratifier le risque pronostique et d'adapter l'intensité du suivi [5,38] :

1. Âge de début précoce (< 13 ans), dont la valeur pronostique indépendante reste discutée [38]
2. Installation progressive associée à un fonctionnement pré-morbide altéré
3. Comorbidités psychiatriques ou somatiques
4. Prédominance de symptômes négatifs
5. Environnement familial non contenant ou maltraitant

Dans le contexte marocain, les données spécifiques à l'adolescent restent rares. Dans une étude transversale menée auprès de 630 patients atteints de schizophrénie du sud et du sud-est du Maroc, la DPNT médiane était de 12 mois ; environ la moitié des patients avaient consulté un guérisseur traditionnel en premier recours, et ce recours initial constituait le principal déterminant d'une DPNT prolongée, avec un début insidieux, un faible niveau d'instruction et un défaut d'insight [39]. Chez les adolescents scolarisés, la consommation de cannabis rapportée était de 3,4 % en 2021 [40], ce qui justifie son dépistage systématique. Enfin, une observation casablancaise récente d'encéphalite à anticorps anti-NMDAR révélée par un premier épisode psychotique isolé chez une adolescente de 16 ans rappelle la pertinence locale des signes d'alerte organiques [41].

Note clinique : Une mauvaise observance thérapeutique, la persistance d'un usage de substances, un environnement familial non contenant multiplient respectivement par 4, 3, 2,3 le risque de rechute après un premier épisode [42]. Un fonctionnement pré-morbide altéré, la sévérité initiale des

Volume 12, numéro 1, 2026, pp. 1-14

Cet article est sous licence Creative Commons BY-NC-ND 4.0

DOI: <https://doi.org/10.65549/8xk5ax54>

symptômes, et la présence de signes négatifs, sont les facteurs prédictifs d'une évolution défavorable [38] ; le sexe masculin, un début progressif, l'absence de facteur déclenchant, une personnalité prémorbide schizoïde et des antécédents

familiaux de schizophrénie sont associés à une évolution vers la schizophrénie [5]

Résumé pratique : démarche diagnostique structurée

Tableau 4. Démarche diagnostique structurée devant un premier accès psychotique aigu de l'adolescent aux urgences

Étape	Objectif	Éléments clés
Temps 1	Accueillir et sécuriser le patient ; éliminer une cause organique	• Gestion de l'agitation psychomotrice si présence, évaluation du risque suicidaire et hétéro-agressif. • Recherche des signes d'alerte organiques : début brutal, confusion, catatonie, signes neurologiques, dysautonomie • Anamnèse médicale, médicamenteuse et toxique ; examen clinique et neurologique complet • Bilan de première intention : NFS, CRP, ionogramme, calcémie, bilans hépatique et rénal, TSH, glycémie, toxiques urinaires, β-hCG, ECG • En présence de signes d'alerte : EEG, IRM cérébrale, ponction lombaire avec recherche d'anticorps anti-NMDAR
Temps 2	Établir le diagnostic positif	• Histoire développementale • Mode d'apparition des symptômes et facteur déclenchant • Tableau clinique : symptômes positifs et négatifs, désorganisation, signes thymiques • Fonctionnement prémorbide et retentissement fonctionnel • Estimation de la durée de psychose non traitée (DPNT)
Temps 3	Évaluer la gravité pronostique et adapter l'intensité du suivi	• Début très précoce (< 13 ans) • Installation progressive et fonctionnement prémorbide altéré • Prédominance des symptômes négatifs • Comorbidités psychiatriques, somatiques ou addictives • Environnement familial non contenant ou maltraitant

Abréviations : β -hCG, fraction bêta de l'hormone chorionique gonadotrope humaine ; CRP, protéine C réactive ; DPNT, durée de psychose non traitée ; ECG, électrocardiogramme ; EEG, électroencéphalogramme ; IRM, imagerie par résonance magnétique ; NFS, numération formule sanguine ; NMDAR, récepteur N-méthyl-D-aspartate ; TSH, thyroïdostimuline.

Points essentiels pour la pratique

- L'élimination des causes secondaires : ~5 % de causes organiques, jusqu'à 23,5 % de causes secondaires (toxiques incluses) chez l'enfant et l'adolescent
- Le diagnostic positif
- L'estimation de la DPNT : principal facteur pronostique modifiable
- L'identification des facteurs de gravité pour stratifier le risque

CONCLUSION

Le premier accès psychotique aigu de l'adolescent constitue une urgence diagnostique complexe en raison de la spécificité développementale de cette période et du caractère souvent polymorphe et fluctuant de la symptomatologie.

Une démarche diagnostique structurée, hiérarchisée et centrée sur l'élimination des causes organiques, l'établissement du diagnostic positif et l'identification des facteurs de gravité est indispensable en situation d'urgence. Cette approche méthodique permet de sécuriser la prise en charge initiale, d'adapter l'intensité du suivi au profil de risque pronostique, et de contribuer à améliorer le pronostic à court et long terme.

L'intervention précoce et multidisciplinaire, associant l'ensemble de l'équipe de soin autour de l'enfance et de l'adolescence, l'école et la famille, optimise les chances de rémission complète et limite la transition vers des troubles psychotiques chroniques. Les éléments clés à retenir sont : (1) l'évaluation organique (2) le diagnostic positif (3) l'estimation de la DPNT, principal facteur pronostique modifiable ; (4) l'identification des facteurs de gravité pour stratifier le risque de rechutes.

Conflits d'intérêts

Les auteures déclarent ne pas avoir de liens d'intérêts.

Financement

Ce travail n'a bénéficié d'aucun financement spécifique.



Volume 12, numéro 1, 2026, pp. 1-14

Cet article est sous licence Creative Commons BY-NC-ND 4.0

DOI: <https://doi.org/10.65549/8xk5ax54>

BIBLIOGRAPHIE

1. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 5th ed. Arlington (VA): American Psychiatric Publishing; 2013. doi:10.1176/appi.books.9780890425596
2. Meneveau M, Tandonnet L. Intérêt du concept d'émergences psychotiques à l'adolescence : autour de deux situations cliniques. *Ann Med Psychol (Paris)*. 2022;180(9):932-6. doi:10.1016/j.amp.2022.08.006
3. Cohen D, Consoli A. Épisode psychotique aigu à l'adolescence. *EMC - Traité de Médecine Akos*. 2009;12(1):1-5 [Article 7-0355]. doi:10.1016/S1634-6939(09)41306-1
4. Tesnières C, Meunier S, Dollfus S. Causes organiques d'un premier épisode psychotique : revue de la littérature. *Encephale*. 2026;52(4):433-43. doi:10.1016/j.encep.2026.01.005
5. Boussaid N, Hadjkacem I, Ayadi H, Khemakhem KH, Walha A, Moalla Y, et al. Les modalités évolutives des épisodes psychotiques aigus chez l'adolescent. *J Pediatr Pueric*. 2012;25(4):214-9. doi:10.1016/j.jpp.2012.04.007
6. He Q, Wang YC. Diagnostic stability and long-term outcomes of acute and transient psychotic disorders: a systematic review and meta-analysis. *Front Psychiatry*. 2026;17:1839599. doi:10.3389/fpsy.2026.1839599
7. Kelleher I, Connor D, Clarke MC, Devlin N, Harley M, Cannon M. Prevalence of psychotic symptoms in childhood and adolescence: a systematic review and meta-analysis of population-based studies. *Psychol Med*. 2012;42(9):1857-1863. doi:10.1017/S0033291711002960
8. Krebs MO, Lejuste F. Psychoses débutantes : pour une prise en charge précoce et intégrée. Paris : Centre Hospitalier Sainte-Anne, C'JAAD ; 2017 (PSY-007-02/17).
9. Marcelli D, Braconnier A, Tandonnet L. Adolescence et psychopathologie. 10e éd. Issy-les-Moulineaux : Elsevier Masson ; 2024. ISBN 978-2-294-78567-2.
10. Kieseppä V, Lång U, Healy C, O'Hare K, Díaz-Caneja CM, Gülöksüz S, et al. Do psychotic symptoms predict future psychotic disorders in adolescent psychiatry inpatients? A 17-year cohort study. *Psychol Med*. 2025;55:e108. doi:10.1017/S003329172500073X
11. Solmi M, Radua J, Olivola M, Croce E, Soardo L, Salazar de Pablo G, et al. Age at onset of mental disorders worldwide: large-scale meta-analysis of 192 epidemiological studies. *Mol Psychiatry*. 2022;27(1):281-95. doi:10.1038/s41380-021-01161-7
12. Stentebjerg-Olesen M, Pagsberg AK, Fink-Jensen A, Correll CU, Jeppesen P. Clinical characteristics and predictors of outcome of schizophrenia-spectrum psychosis in children and adolescents: a systematic review. *J Child Adolesc Psychopharmacol*. 2016;26(5):410-27. doi:10.1089/cap.2015.0097
13. Sunshine A, McClellan J. Practitioner Review: Psychosis in children and adolescents. *J Child Psychol Psychiatry*. 2023;64(7):980-8. doi:10.1111/jcpp.13777

Volume 12, numéro 1, 2026, pp. 1-14

Cet article est sous licence Creative Commons BY-NC-ND 4.0

DOI: <https://doi.org/10.65549/8xk5ax54>

14. Giannitelli M, Levinson DF, Cohen D, Xavier J, Laurent-Levinson C. Developmental and symptom profiles in early-onset psychosis. *Schizophr Res.* 2020;216:470-8. doi:10.1016/j.schres.2019.10.028
15. Lavan O, Ganelin-Cohen E, Goldstein A, Mevorach T, Frank S, Apter A, et al. Medical evaluation of first presentation of psychotic symptoms in children and adolescents. *Front Psychiatry.* 2026;17:1678974. doi:10.3389/fpsyt.2026.1678974
16. Petruzzelli MG, Margari L, Bosco A, Craig F, Palumbi R, Margari F. Early onset first episode psychosis: dimensional structure of symptoms, clinical subtypes and related neurodevelopmental markers. *Eur Child Adolesc Psychiatry.* 2018;27(2):171-9. doi:10.1007/s00787-017-1026-7
17. Salazar de Pablo G, Catalan A, Vaquerizo Serrano J, Pedruzo B, Alameda L, Sandroni V, et al. Negative symptoms in children and adolescents with early-onset psychosis and at clinical high-risk for psychosis: systematic review and meta-analysis. *Br J Psychiatry.* 2023;223(1):282-94. doi:10.1192/bjp.2022.203
18. Ballageer T, Malla A, Manchanda R, Takhar J, Haricharan R. Is adolescent-onset first-episode psychosis different from adult onset? *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 2005;44(8):782-9. doi:10.1097/01.chi.0000164591.55942.ea
19. Pervaiz Z, Azhar M, Asghar HS, Bilal MA, Imran N. The clinical presentation of early-onset psychotic disorders: a descriptive study in child and adolescent inpatient setting. *J Pak Psychiatr Soc.* 2026;23(1). doi:10.63050/jpps.23.01.1039
20. Howes OD, Whitehurst T, Shatalina E, Townsend L, Onwordi EC, Mak TLA, et al. The clinical significance of duration of untreated psychosis: an umbrella review and random-effects meta-analysis. *World Psychiatry.* 2021;20(1):75-95. doi:10.1002/wps.20822
21. Starzer M, Hansen HG, Hjorthøj C, Albert N, Nordentoft M, Madsen T. 20-year trajectories of positive and negative symptoms after the first psychotic episode in patients with schizophrenia spectrum disorder: results from the OPUS study. *World Psychiatry.* 2023;22(3):424-32. doi:10.1002/wps.21121
22. Catalan A, Salazar de Pablo G, Vaquerizo Serrano J, Mosillo P, Baldwin H, Fernández-Rivas A, et al. Annual Research Review: Prevention of psychosis in adolescents – systematic review and meta-analysis of advances in detection, prognosis and intervention. *J Child Psychol Psychiatry.* 2021;62(5):657-73. doi:10.1111/jcpp.13322
23. Gerson R, Malas N, Feuer V, Silver GH, Prasad R, Mroczkowski MM. Best practices for evaluation and treatment of agitated children and adolescents (BETA) in the emergency department: consensus statement of the American Association for Emergency Psychiatry. *West J Emerg Med.* 2019;20(2):409-18. doi:10.5811/westjem.2019.1.41344
24. Blackman G, Byrne R, Gill N, Fanshawe JB, Bell V, Watson C, et al. How common is secondary psychosis? Estimates from a systematic review and meta-analysis. *World Psychiatry.* 2025;24(1):145-6. doi:10.1002/wps.21292
25. Wilson L, Szigei A, Kearney A, Clarke M. Clinical characteristics of primary psychotic disorders with concurrent substance abuse and substance-induced psychotic disorders: a systematic review. *Schizophr Res.* 2018;197:78-86. doi:10.1016/j.schres.2017.11.001

Volume 12, numéro 1, 2026, pp. 1-14

Cet article est sous licence Creative Commons BY-NC-ND 4.0

DOI: <https://doi.org/10.65549/8xk5ax54>

26. O'Connell J, Sunwoo M, McGorry P, O'Donoghue B. Characteristics and outcomes of young people with substance induced psychotic disorder. *Schizophr Res.* 2019;206:257-62. doi:10.1016/j.schres.2018.11.007
27. Di Forti M, Quattrone D, Freeman TP, Tripoli G, Gayer-Anderson C, Quigley H, et al. The contribution of cannabis use to variation in the incidence of psychotic disorder across Europe (EU-GEI): a multicentre case-control study. *Lancet Psychiatry.* 2019;6(5):427-36. doi:10.1016/S2215-0366(19)30048-3
28. Graus F, Titulaer MJ, Balu R, Benseler S, Bien CG, Cellucci T, et al. A clinical approach to diagnosis of autoimmune encephalitis. *Lancet Neurol.* 2016;15(4):391-404. doi:10.1016/S1474-4422(15)00401-9
29. Pollak TA, Lennox BR, Müller S, Benros ME, Prüss H, Tebartz van Elst L, et al. Auto-immune psychosis: an international consensus on an approach to the diagnosis and management of psychosis of suspected autoimmune origin. *Lancet Psychiatry.* 2020;7(1):93-108. doi:10.1016/S2215-0366(19)30290-1
30. Skikic M, Arriola JA. First episode psychosis medical workup: evidence-informed recommendations and introduction to a clinically guided approach. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am.* 2020;29(1):15-28. doi:10.1016/j.chc.2019.08.010
31. Dissaux N, Neyme P, Kim-Dufor DH, Lavenne-Collot N, Marsh JJ, Berrouguet S, et al. Psychosis caused by a somatic condition: how to make the diagnosis? A systematic literature review. *Children (Basel).* 2023;10(9):1439. doi:10.3390/children10091439
32. Fani-Molky P, Bradley J, Cooper MS. Glucocorticoid-induced psychosis in children and adolescents: a systematic review. *J Child Adolesc Psychopharmacol.* 2023;33(3):78-90. doi:10.1089/cap.2022.0077
33. Miller BJ, Peeples D. Antibiotic-associated psychosis in children and adolescents: a systematic review. *J Clin Psychopharmacol.* 2026. doi:10.1097/JCP.0000000000002233
34. Roy S, Dixit A. Levetiracetam induced psychosis – a case study. *BJPsych Open.* 2025;11(Suppl 1):S317-8. doi:10.1192/bjo.2025.10761
35. Moran LV, Ongur D, Hsu J, Castro VM, Perlis RH, Schneeweiss S. Psychosis with methylphenidate or amphetamine in patients with ADHD. *N Engl J Med.* 2019;380(12):1128-38. doi:10.1056/NEJMoa1813751
36. Jangra D, Tejwani R, Ahluwalia Y, Sarkar S, Balhara YPS. Stimulant-induced psychosis: a comparative systematic review and meta-analysis of psychotic outcomes from therapeutic and nontherapeutic use of stimulants. *J Addict Med.* 2026. doi:10.1097/ADM.0000000000001656
37. Salazar de Pablo G, Guinart D, Armendariz A, Aymerich C, Catalan A, Alameda L, et al. Duration of untreated psychosis and outcomes in first-episode psychosis: systematic review and meta-analysis of early detection and intervention strategies. *Schizophr Bull.* 2024;50(4):771-83. doi:10.1093/schbul/sbae017
38. Díaz-Caneja CM, Pina-Camacho L, Rodríguez-Quiroga A, Fraguas D, Parellada M, Arango C. Predictors of outcome in early-onset psychosis: a systematic review. *NPJ Schizophr.* 2015;1:14005. doi:10.1038/npjschz.2014.5

Volume 12, numéro 1, 2026, pp. 1-14

Cet article est sous licence Creative Commons BY-NC-ND 4.0

DOI: <https://doi.org/10.65549/8xk5ax54>

39. El Boukhari O, Benallel K, Hanine I, Ouaalaya EH, Otheman Y, Kadiri M. Determinants and clinical correlates of the duration of untreated psychosis in schizophrenia: evidence from a Moroccan cross-sectional study. *Middle East Curr Psychiatry*. 2026;33:1. doi:10.1186/s43045-025-00609-8
40. Abdala SA, Oliveira FC, Bouaddi O, Khalis M. A twenty-year retrospective analysis of substance use with recent behavioral addiction indicators (social media, gaming, gambling) among school-going adolescents in Morocco. *BMC Public Health*. 2026;26(1):2050. doi:10.1186/s12889-026-26740-7
41. Khaloui G, Mabkhout A, Rachidi L, Benjelloun G. Anti-N-methyl-D-aspartate receptor encephalitis presenting as isolated first-episode psychosis in a 16-year-old girl, complicated by neuroleptic malignant syndrome. *Eur J Case Rep Intern Med*. 2025;12(8):005679. doi:10.12890/2025_005679
42. Alvarez-Jimenez M, Priede A, Hetrick SE, Bendall S, Killackey E, Parker AG, et al. Risk factors for relapse following treatment for first episode psychosis: a systematic review and meta-analysis of longitudinal studies. *Schizophr Res*. 2012;139(1-3):116-28. doi:10.1016/j.schres.2012.05.007

