

**UNIVERSITÉ TOULOUSE III – PAUL SABATIER**  
**FACULTÉS DE MÉDECINE**

ANNÉE 2019

2019 TOU3 1588

**THÈSE**

**POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE**  
**MÉDECINE SPÉCIALISÉE CLINIQUE**

Présentée et soutenue publiquement

par

**Gwendy SHITALOU**

le 26 Septembre 2019

**IDENTIFICATION DES TROUBLES PSYCHOTIQUES EMERGENTS PAR  
LE MEDECIN GENERALISTE : EVALUATION D'UNE STRATEGIE  
D'INFORMATION PRIVILEGIANT LA PERSONNALISATION DU LIEN**

Directeur de thèse : Dr Sophie PREBOIS

**JURY**

Monsieur le Professeur Laurent SCHMITT	Président
Monsieur le Professeur Christophe ARBUS	Assesseur
Monsieur le Professeur Jean-Philippe RAYNAUD	Assesseur
Monsieur le Professeur Stéphane OUSTRIC	Assesseur
Madame le Docteur Sophie PREBOIS	Suppléante
Madame le Docteur Chantal MARTINEZ	Membre invité

## **Monsieur le Professeur Laurent SCHMITT**

Vous nous faites l'honneur de présider ce jury.

Nous avons apprécié la qualité de vos enseignements au lit du malade dès l'externat et pendant l'internat.

Nous vous sommes particulièrement reconnaissants pour votre implication à tous les stades de notre formation.

Veillez trouver ici l'expression de notre respectueuse gratitude.

## **Monsieur le Professeur Christophe ARBUS**

Vous nous faites l'honneur de juger ce travail.

Nous avons apprécié vos enseignements et votre engagement pour la recherche.

Nous vous remercions particulièrement pour votre accompagnement et votre disponibilité tout au long de notre internat.

Veillez trouver ici l'expression de notre sincère gratitude.

## **Monsieur le Professeur Jean-Philippe Raynaud**

Vous nous faites l'honneur de juger ce travail.

Nous vous remercions pour la qualité vos enseignements.

Nous avons été marqué pour votre dynamisme et votre engagement dans la formation.

Veillez trouver ici l'expression de notre profond respect.

## **Monsieur le Professeur Stéphane OUSTRIC**

Vous nous faites l'honneur de juger ce travail.

Votre implication dans la formation des médecins généralistes et votre expérience concernant l'exercice de la médecine générale nous inspirent un grand respect.

Nous vous sommes reconnaissants d'apporter vos connaissances à la critique de ce travail.

Veillez trouver ici l'expression de notre respectueuse gratitude.

## **Madame le Docteur Sophie PREBOIS**

Je te suis sincèrement reconnaissante d'avoir accepté d'encadrer ce travail de recherche.

J'ai eu la chance de bénéficier de tes conseils dès l'élaboration de ce projet jusqu'à son aboutissement. Tu as su me guider avec rigueur et justesse.

Je te remercie pour ta disponibilité et ta bienveillance.

## **Madame le Docteur Chantal MARTINEZ**

Dès le début de mon internat, tu as su me faire partager ton engagement et ta détermination en faveur d'une approche préventive en psychiatrie. La rigueur clinique et le bon sens dont tu fais preuve dans ta réflexion autour des patients ont été de précieux enseignements.

Je te remercie pour ta disponibilité et tes conseils tout au long de ce travail de recherche.

J'ai beaucoup apprécié de travailler à tes côtés. Tes qualités humaines mais aussi ton dynamisme et ton implication au sein de l'hôpital de Montauban m'ont assurément convaincue d'y établir mon projet professionnel.

# Remerciements

Tout d'abord aux médecins généralistes du Tarn-et-Garonne qui ont accepté de participer à ce travail de recherche.

A mes parents qui ont su me faire confiance et m'apporter un soutien sans faille tout au long de mes études. Ce travail est votre récompense. Merci pour tout.

A mes frères et mes belles-sœurs, pour m'avoir soutenue et encouragée pendant toutes les étapes de ma formation mais aussi pour les souvenirs d'enfance, les excellents moments partagés ensemble et vos petites attentions.

A ma belle-famille qui m'a accueillie chaleureusement dès le premier jour. Vous avez toujours été présents pour moi. Merci pour tout.

A mes neveux et nièces : Loulou, Nathan, Margot...et la petite dernière dont on a hâte de faire la connaissance !

A mon parrain, ton petit « chaton » a bien grandi et à ma marraine.

A ma grand-mère, Léandre, merci pour ces aventures inoubliables au milieu des Grands-Fonds.

A mes nombreux taties et tontons, mes cousins et cousines, merci pour les merveilleux souvenirs qui me réchauffent dans les moments difficiles.

A ma copine de toujours, Laurie : *We did it !* Tu as toujours été là, malgré la distance, dans les moments de joie comme dans les larmes. Nous nous apprêtons à franchir toujours dans un timing parfait une nouvelle étape de notre vie. Vivement la suite !

A mes copines de cœurs, Nina et Lola même si nos retrouvailles se font rares, elles me remplissent toujours de bonheur. Que de bons souvenirs ensemble, que de fous rires, que de galères...j'espère que nous aurons encore longtemps l'occasion de refaire le monde ensemble.

A mes amis antillais de Toulouse, merci pour les bons moments et les éclats de rires.

Aux co-internes croisés pendant l'internat.

Aux belles amitiés débutées pendant les stages.

Aux médecins qui ont façonné ma pratique tout au long de l'internat.

Au Docteur Brigitte Bassaler-Brugel, pour son immense expérience et sa réflexion pragmatique.

Au Docteur Sylvain Dupouy, pour sa pédagogie subtile et ses précieux enseignements sur la conduite de l'entretien.

Au Docteur François Olivier, pour son sens clinique, ses enseignements sur la conduite des entretiens et sa bienveillance.

Aux équipes de Pinel A à Montauban, des Urgences Psychiatriques de Purpan, du service La Serène à Lavour, du CMP des enfants à Montauban, de l'USAHC, de l'HAD Psychiatrique de Montauban, de l'EMIC et du PAJA à Marchant et de l'UF5 à Purpan.

A l'équipe du Dispositif 15-25 ans pour votre aide et votre soutien tout au long de ce travail. J'apprécie énormément de travailler avec vous. C'est avec grand plaisir que je continue l'aventure à vos côtés.

A mon amour Pierre, merci pour ta confiance, ton amour et ton soutien inconditionnel.

A Evan, pour sa profonde gentillesse, pour les bons moments passés et à venir.

A Romy qui illumine ma vie depuis plus d'un an.

# Serment d'Hippocrate

Au moment d'être admise à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité.

Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences.

Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences.

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admise dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçue à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonorée et méprisée si j'y manque.

# Table des matières

<b>1. INTRODUCTION</b>	<b>19</b>
<b>1.1. HISTOIRE DU CONCEPT D'ETAT MENTAL A RISQUE : DU PESSIMISME DES SIGNES PRODROMIQUES A L'EMERGENCE D'UNE APPROCHE PREVENTIVE EN PSYCHIATRIE</b>	<b>20</b>
1.1.1. A L'ORIGINE : LA DEMENCE PRECOCE DES ALIENISTES	20
1.1.2. LA NAISSANCE DE LA « SCHIZOPHRENIE »	21
1.1.3. LA FIN DU PESSIMISME DE KRAEPELIN	21
1.1.4. L'EMERGENCE D'UNE APPROCHE PREVENTIVE	22
<b>1.2. LE DEVELOPPEMENT DES PROGRAMMES DE DETECTION ET D'INTERVENTION PRECOCES</b>	<b>24</b>
1.2.1. TRAJECTOIRE SYMPTOMATIQUE DE LA SCHIZOPHRENIE : QUELLE PLACE POUR LE REPERAGE PRECOCE ?	24
1.2.1.1. La phase prémorbide	25
1.2.1.2. La phase prodromique	26
1.2.2. QUE PEUT-ON ATTENDRE DES INTERVENTIONS PRECOCES ?	26
1.2.3. QUELS OUTILS POUR LE REPERAGE DES ETATS MENTAUX A RISQUE ?	27
1.2.3.1. L'approche anglo-saxonne des critères Ultra Haut Risque	28
1.2.3.2. L'approche germanique des symptômes de base	29
1.2.3.3. Niveau de prédiction des outils de repérage actuels	29
1.2.4. INTERVENTIONS PRECOCES	30
1.2.4.1. Objectifs des interventions précoces	30
1.2.4.2. Durée des programmes d'intervention précoces	30
1.2.4.3. Moyens thérapeutiques	31
1.2.4.4. Que disent les recommandations ?	32
1.2.5. UN EXEMPLE : LE DISPOSITIF 15-25 ANS DE L'HOPITAL DE MONTAUBAN (82)	33
<b>1.3. L'INFORMATION DES MEDECINS GENERALISTES : UNE PISTE PRIVILEGIEE POUR AMELIORER LE PARCOURS DE SOINS DES ETATS MENTAUX A RISQUE</b>	<b>37</b>
1.3.1. PLACE DES MEDECINS GENERALISTES DANS LE PARCOURS DE SOINS DES PATIENTS PRESENTANT UN ETAT MENTAL A RISQUE	37
1.3.2. STRATEGIES D'INFORMATION DES MEDECINS GENERALISTES SUR LES ETATS MENTAUX A RISQUE : ETATS DES LIEUX DES CONNAISSANCES	38
<b>1.4. LA PERSONNALISATION DU LIEN AVEC LES MEDECINS GENERALISTES COMME STRATEGIE POUR AUGMENTER L'ADRESSAGE DE PATIENTS A RISQUE SUR LE DISPOSITIF 15-25 ANS</b>	<b>39</b>
<b>1.5. HYPOTHESES ET OBJECTIFS DE L'ETUDE</b>	<b>43</b>
1.5.1. OBJECTIF PRINCIPAL	43
1.5.2. OBJECTIFS SECONDAIRES	43
<b>2. METHODE</b>	<b>45</b>
<b>2.1. SCHEMA DE L'ETUDE ET PARTICIPANTS</b>	<b>46</b>
<b>2.2. PROCEDURE DE L'ETUDE</b>	<b>46</b>
<b>2.3. DONNEES RECUEILLIES</b>	<b>48</b>
<b>2.4. CRITERES DE JUGEMENT</b>	<b>51</b>
2.4.1. CRITERE DE JUGEMENT PRINCIPAL	51
2.4.2. CRITERES DE JUGEMENT SECONDAIRES	51
<b>2.5. TAILLE DE L'ETUDE</b>	<b>51</b>
<b>2.6. ASPECTS STATISTIQUES</b>	<b>52</b>
<b>3. RESULTATS</b>	<b>54</b>
<b>3.1. CARACTERISTIQUES DES MEDECINS GENERALISTES REPONDEURS</b>	<b>58</b>

<b>3.2. RESULTAT PRINCIPAL DE L'ETUDE</b>	<b>60</b>
<b>3.3. RESULTATS SECONDAIRES DE L'ETUDE</b>	<b>60</b>
<b>3.4. RESULTATS DES ANALYSES AJUSTEES</b>	<b>62</b>
<b>3.5. DESCRIPTION DES PATIENTS ADRESSES AU DISPOSITIF 15-25 ANS PAR LES MEDECINS GENERALISTES</b>	<b>63</b>
<b>3.6. COMMENTAIRES LAISSES PAR LES MEDECINS GENERALISTES REPONDEURS</b>	<b>66</b>
<b>4. DISCUSSION</b>	<b>69</b>
<b>4.1. RESUME DES PRINCIPAUX RESULTATS DE L'ETUDE</b>	<b>70</b>
4.1.1. RESULTATS DE L'OBJECTIF PRINCIPAL ET DES OBJECTIFS SECONDAIRES N°1 A N°5	70
4.1.2. FAISABILITE ET ACCEPTABILITE DE LA STRATEGIE D'INFORMATION BASEE SUR UN LIEN PERSONNALISE (OBJECTIF SECONDAIRE N°6)	70
<b>4.2. FORCES ET LIMITES DE L'ETUDE</b>	<b>72</b>
4.2.1. CHOIX D'UNE STRATEGIE D'INFORMATION PRIVILEGIANT LA PERSONNALISATION DU LIEN	72
4.2.2. CHOIX DES CRITERES DE JUGEMENT	74
4.2.3. TAUX DE REPONSE	75
4.2.4. PERDUS DE VUE	76
4.2.5. PUISSANCE DE L'ETUDE	76
4.2.6. BIAIS DE MESURE	77
4.2.7. BIAIS DE CONFUSION POTENTIELS	77
<b>4.3. COMPARAISON AVEC LES DONNEES DE LA LITTERATURE</b>	<b>78</b>
4.3.1. PARTICULARITES DES MEDECINS GENERALISTES FRANÇAIS	78
4.3.2. PARTICULARITES DES PATIENTS ADRESSES PAR LES MEDECINS GENERALISTES	79
<b>4.4. IMPLICATIONS POUR DE FUTURS PROJETS DE RECHERCHE ET POUR LA PRATIQUE CLINIQUE</b>	<b>80</b>
4.4.1. PERSPECTIVES POUR DE FUTURS PROJETS DE RECHERCHE	80
4.4.2. EVOLUTION DES PRATIQUES EN TERME DE COLLABORATION INTERPROFESSIONNELLE	81
4.4.3. REFLEXION SUR L'ADAPTATION DU FONCTIONNEMENT DU DISPOSITIF 15-25 ANS A L'EVOLUTION DES DEMANDES	82
4.4.4. NECESSITE D'AMELIORER LA FORMATION EN PSYCHIATRIE DES MEDECINS GENERALISTES	84
4.4.5. NECESSITE D'ASSOCIER DES CAMPAGNES D'INFORMATION A DESTINATION DU GRAND PUBLIC	84
<b>5. CONCLUSION</b>	<b>86</b>
<b>6. BIBLIOGRAPHIE</b>	<b>89</b>
<b>7. ANNEXES</b>	<b>98</b>
<b>7.1. ANNEXE 1 : BROCHURE D'INFORMATION DESTINEE AUX PATIENTS ET AUX FAMILLES</b>	<b>99</b>
<b>7.2. ANNEXE 2 : BROCHURE D'INFORMATION DESTINEE AUX MEDECINS GENERALISTES</b>	<b>101</b>
<b>7.3. ANNEXE 3 : DIAPOSITIVES UTILISEES LORS DE LA PRESENTATION ORALE DANS LE GROUPE INTERVENTION</b>	<b>102</b>
<b>7.4. ANNEXE 4 : QUESTIONNAIRE DE L'ETUDE</b>	<b>109</b>

Nombre de volumes : 1

# Liste des abréviations

ABC : *Age Beginning and Course*

APS : *Attenuated Psychotic Symptoms*

ARMS : *At Risk Mental State*

BS : *Basic Symptoms*

BSABS : *Bonn Scale for the Assessment of Basic Symptoms*

BLIP : *Brief Limited Intermittent Psychotic symptoms*

CAARMS : *Comprehensive Assessment of At-Risk Mental States*

CLD : Congé Longue Durée

CMP : Centre Médico-Psychologique

CNQSP : Collège National pour la Qualité des Soins en Psychiatrie

DMNT : Durée de Maladie Non Traitée

DPI : Dossier Patient Informatisé

DPNT : Durée de Psychose Non Traitée

DSP : Dispositif de Soins Partagés

EPA : *European Psychiatric Association*

ETP : Equivalent Temps Plein

GC : Groupe Contrôle

GHE : Groupe Hors Etude

GI : Groupe Intervention

IRAOS : *Instrument for the Retrospective Assessment of the Onset of Psychosis*

LEGs : *Liaison and Education in General Practices*

LEO-CAT : *Lambeth Early Onset Crisis Assessment Team*

Max : valeur maximale

Med : valeur médiane

MG : Médecins Généralistes

Min : valeur minimale

MMPI : *Minnesota Multiphasic Personality Inventory*

Moy : moyenne

NICE : *National Institute for health and Care Excellence*

PEP : Premier Episode Psychotique

PTA : Plateforme Territoriale d'Appui

SD : *Standard Deviation* (écart-type)

SIPS : *Structured Interview for Prodromal Syndromes*

SMS : *Short Message System*

SOFAS : *Social and Occupational Functioning Assessment Scale*

SOPS : *Scale of Prodromal Symptoms*

TCC : Thérapie Cognitive et Comportementale

TIPP : Traitement et Intervention dans la Phase précoce des troubles Psychotiques

UHR : Ultra Haut Risque

WAI : *Working Alliance Inventory*

# 1. Introduction

La schizophrénie est un des troubles psychotiques les plus fréquents. Elle concerne environ 0,7% de la population mondiale et environ 600 000 personnes en France (Inserm, 2014). Cette maladie chronique débute généralement à l'adolescence entre 15 et 25 ans avec un retentissement important sur la trajectoire socioprofessionnelle de l'individu.

Pendant longtemps, la prise en charge de ces patients s'est limitée au traitement de la phase d'état de la maladie. Depuis les années 1980, les progrès de la recherche biomédicale ont permis l'émergence du concept d'état mental à risque de développer un trouble psychotique avec la possibilité de mettre en place des stratégies préventives pour repérer ces sujets à risque avant l'éclosion du premier épisode psychotique et de proposer des interventions visant à retarder voire à prévenir son apparition. C'est dans ce contexte que les premiers centres de détection et d'intervention précoces se sont développés dans les années 1990 en Australie et aux Etats-Unis, rapidement suivis par d'autres initiatives à travers le monde. En France, cette évolution conceptuelle a été plus lente, initiée en 1999 par Marie-Odile Krebs et son équipe mais diffusée tardivement. C'est donc dans le sillage de cette première expérience française qu'a été créé le Dispositif 15-25 ans sur l'hôpital de Montauban.

L'étude du parcours de soins de ces jeunes a montré le rôle central des médecins généralistes dans l'accès aux soins spécialisés. Pour autant, le manque d'information de ces professionnels de premier recours concernant les états mentaux à risque reste un frein à l'adressage vers les centres de détection et d'intervention précoces.

Plusieurs études internationales ont évalué des modalités d'intervention auprès des médecins généralistes concernant le repérage précoce des troubles psychotiques. On sait désormais que l'apport de connaissances théoriques seul ne permet pas d'améliorer la gestion des troubles mentaux dans les soins primaires. Pour autant, il n'y a pas de consensus concernant les modalités pratiques des interventions à mettre en place dans ce contexte. Par ailleurs, des chercheurs se sont basés sur la Théorie du Comportement Planifié pour explorer les facteurs qui influencent l'identification des états mentaux à risque par les médecins généralistes et ont déterminé qu'une forte intention des médecins généralistes d'identifier les états mentaux à risque était le meilleur facteur prédicteur du repérage de cette population dans les soins primaires. L'objectif de cette étude est d'évaluer une stratégie d'information innovante basée sur un lien personnalisé entre professionnels sur l'intention des médecins généralistes d'identifier les états mentaux à risque.

## **1.1.Histoire du concept d'état mental à risque : du pessimisme des signes prodromiques à l'émergence d'une approche préventive en psychiatrie**

### **1.1.1. A l'origine : la démence précoce des aliénistes**

Le concept de schizophrénie a émergé au milieu du XIX<sup>ème</sup> siècle. Plusieurs aliénistes se sont attachés à décrire les traits caractéristiques de ce qu'ils appelleront initialement la « démence précoce ». Dès l'apparition des premiers cadres nosologiques, les psychiatres se sont intéressés aux signes précoces voire précurseurs de la maladie.

C'est le psychiatre allemand **Emil Kraepelin** (1856-1926) qui introduit le premier la notion de *dementia praecox* dans la cinquième édition de son traité de psychiatrie (1896). Il synthétise les travaux de ses précurseurs Bénédict Augustin Morel (1809-1873), Karl Ludwig Kahlbaum (1828-1899) et Ewald Hecker (1843-1909) et affine sa description au fil des différentes éditions de son traité (Dugène 2018). Il regroupe ainsi sous le nom de démence précoce la catatonie de Kahlbaum, l'hébéphrénie de Hecker et la démence paranoïde. Fortement influencé par les travaux de Morel sur la théorie de la dégénérescence, il perçoit la démence précoce comme un processus évolutif dégénératif aboutissant à l'affaiblissement mental. Il souligne toutefois qu'il est de la plus haute importance de poser le diagnostic de *dementia praecox* à un stade précoce. En 1909, il définit comme signes prodromiques de la schizophrénie : « de légères modifications de la vie émotionnelle, une irritabilité, une perte d'intérêt, une hyperactivité, et une baisse de la concentration ». En 1919, il décrit comme signes précurseurs de la maladie des modifications de l'humeur, des troubles du comportement, des manifestations psychosensorielles élémentaires et des troubles du cours de la pensée (Krebs 2015).

### 1.1.2. La naissance de la « schizophrénie »

En divergence profonde avec Kraepelin tant sur l'idée d'une évolution obligatoire vers l'affaiblissement intellectuel que sur la sémiologie, le psychiatre suisse **Eugen Bleuler** (1857-1939) introduit en 1908 le terme de schizophrénie (étymologiquement issu du grec *schizein* « fendre » et *-phrên* « esprit », signifiant « division de l'esprit »). Pour lui, la schizophrénie est définie avant tout par la dissociation qu'il traduit par : l'ambivalence, le relâchement des associations, la discordance affective et l'autisme (l'autisme étant alors défini comme la perte de contact avec la réalité). Il en détaille les caractéristiques en 1911 dans son livre *Dementia praecox ou groupe des schizophrénies* (Bleuler et Viillard 1993). Il décrit le début de la schizophrénie comme « habituellement insidieux » et avance l'idée qu'une « bonne anamnèse permet de retrouver des signes antérieurs à une symptomatologie aiguë ». Il reste toutefois opposé à la notion de prodromes et lui préfère celle de « symptômes initiaux de la schizophrénie » qui regroupe de nombreux symptômes d'allure pseudo-névrotique pouvant précéder de plusieurs années les symptômes plus sévères et n'être que transitoires ou périodiques. En 1909, il note que « plus les patients peuvent être rétablis rapidement, moins ils s'isolent dans leur propre monde et plus vite ils se réadaptent socialement ».

### 1.1.3. La fin du pessimisme de Kraepelin

Kraepelin considère la démence précoce comme une maladie dégénérative caractérisée par un déclin progressif et inéluctable. Ce pessimisme – peut être lié aux patients asilaires dont il s'est occupé – a infiltré durablement le cadre conceptuel de la schizophrénie notamment du fait de l'importance donnée au critère d'évolution pour poser le diagnostic et décider d'une thérapeutique. A la lueur des connaissances actuelles, on comprend qu'en faisant de l'évolution un critère essentiel du diagnostic, l'intervention thérapeutique qui en découle n'intervenait que trop tard pour être efficace.

A partir des années 1920, les chercheurs sortent de l'abord purement descriptif de la schizophrénie et conduisent des recherches cliniques sur les phases précoces de la maladie. C'est dans ce contexte qu'en 1927 le psychiatre américain Harry Stack **Sullivan** (1892-1949) publie une étude rétrospective selon laquelle un nombre significatif de patients présentent des signes annonciateurs de la maladie parfois plusieurs années avant : symptômes hystériques, obsessionnels, neurasthéniques et anxieux. Ces travaux sont suivis par ceux du psychiatre américain Donald Ewen **Cameron** (1901-1967) qui retrouve rétrospectivement la présence de symptômes depuis plus de deux ans dans près de la moitié des cas. Il dénonce ainsi l'importance du retard diagnostique qu'il compare à celui d'un cancer métastasé. Pour autant, l'école française, représentée par **Henry Ey** (1900-1977), soutient l'importance du diagnostic d'évolution rejetant l'idée de diagnostic prédictif (Krebs 2015).

La découverte des neuroleptiques au milieu du XX<sup>ème</sup> siècle aurait pu permettre de sortir de cette conception sombre du pronostic de la schizophrénie. Toutefois, la prescription tardive sur des troubles déjà évolués et sévères, à posologies élevées était associée à une efficacité moindre et très variable d'un sujet à l'autre ainsi qu'à de nombreux effets secondaires. Ce sont par la suite les recherches sur le neurodéveloppement notamment marquées par les investigations de **Chapman** en 1966 qui mettent un terme à la théorie de la dégénérescence. Pour lui, les troubles cognitifs précèdent l'apparition des symptômes prépsychotiques d'allure pseudo-névrotique (Chapman 1966; McGHIE et Chapman 1961). Dans ses travaux de recherche, il décrit des symptômes prodromiques détaillés dans le *Tableau I*.

*Tableau I : Symptômes prodromiques de la schizophrénie selon (Chapman 1966)*

<b>Anomalies des perceptions visuelles</b>	Anomalie de la taille des objets Impression de rapprochement des objets Métamorphopsie Anomalies dans le contraste, la brillance ou la couleur des objets
<b>Troubles cognitifs</b>	Sensation de « <i>black-out</i> » de la pensée Sensation de blocage de la pensée Troubles de l'attention
<b>Troubles du langage parlé</b>	Manque du mot Mot inadapté
<b>Troubles du langage entendu</b>	Non conscience du fait d'être en train de parler
<b>Troubles moteurs</b>	Anomalie des gestes automatiques

#### 1.1.4. L'émergence d'une approche préventive

Entre 1985 et 1998, le psychiatre allemand Heinz **Häfner** (1926 - ...) et son équipe conduisent une étude rétrospective pour explorer plus précisément la phase prodromique de la schizophrénie, il s'agit de l'étude ABC : *Age, Beginning and Course* (Häfner et al. 1998). Pour cela, ils mettent en place une échelle d'évaluation des symptômes précoces, l'*Instrument for the Retrospective Assessment of the Onset of*

*Psychosis* (IRAOS). Ils identifient une phase prodromique chez 73% des patients de l'étude, les symptômes recueillis sont détaillés dans le *Tableau II*.

*Tableau II : Symptômes prodromiques selon* (Häfner et al. 1992)

<b>Symptômes névrotiques</b>	Anxiété Inquiétude
<b>Symptômes thymiques</b>	Humeur dépressive Manque d'énergie
<b>Symptômes cognitifs</b>	Troubles de la concentration
<b>Symptômes physiques</b>	Troubles de l'appétit et du sommeil
<b>Symptômes positifs</b>	Suspicion Idées de référence
<b>Symptômes négatifs</b>	Retrait social Problèmes professionnels Isolement

L'analyse des résultats permet de mettre en évidence une chronologie dans la survenue des symptômes précédant la phase psychotique. C'est le début des travaux visant à explorer les différentes phases évolutives des troubles psychotiques qui vont marquer les années quatre-vingt. Cette évolution des connaissances va permettre l'émergence d'une conception différente des soins avec l'idée de « fenêtres d'opportunité ». Parallèlement, les travaux épidémiologiques menés à cette période permettent de souligner les enjeux propres aux adolescents et jeunes adultes. A cela se rajoutent les progrès de la psychopharmacologie avec l'apparition des antipsychotiques atypiques qui autorisent une prescription plus précoce du fait de leur meilleure acceptabilité. Les premières études montrent des résultats très prometteurs dans le cas de premiers épisodes psychotiques avec une rémission symptomatique dans 80 à 90% des cas ce qui autorise à penser que l'on pourrait être efficace au tout début de la maladie. C'est ainsi que naît progressivement l'idée d'une intervention précoce dans une démarche possiblement préventive. L'idée d'une intervention en amont est soutenue d'une part par l'identification de facteurs de risque au développement de la maladie (complications obstétricales, facteurs périnataux et psychoaffectifs, carences nutritionnelles et toxiques), d'autre part par les progrès de la génétique qui offrent une nouvelle lecture à la vulnérabilité.

C'est finalement dans les années quatre-vingt-dix que s'opère le véritable changement avec l'apparition des premières études prospectives qui marquent l'entrée dans le champ de la détection précoce (Gross 1989; Gross et Huber 1985). Les observations ont permis de définir une période à risque pour les jeunes susceptibles de développer une pathologie psychiatrique sévère. Le suivi longitudinal des jeunes présentant des symptômes prodromiques a démontré que leur présence n'impliquait pas une évolution systématique vers la psychose, d'où la naissance des concepts « d'état mental à risque » et de sujet à « Ultra Haut Risque » de transition psychotique (UHR) introduit par l'équipe australienne de **McGorry** (McGorry, Yung, et Phillips 2003). On abandonne ainsi la notion de prodromes recueillis rétrospectivement et renvoyant à des signes

annonceurs pour adopter celle d'état mental à risque, notion probabiliste renvoyant à un état dont on ne connaît pas à priori l'évolution. Ce changement dans la conception de la schizophrénie fait naître l'espoir de prévenir l'entrée dans la psychose ou au moins d'en atténuer la sévérité : on entre dans l'ère préventive de la psychiatrie.

## 1.2. Le développement des programmes de détection et d'intervention précoces

### 1.2.1. Trajectoire symptomatique de la schizophrénie : quelle place pour le repérage précoce ?

La schizophrénie peut parfois débiter de manière aiguë avec d'emblée l'apparition de symptômes bruyants appelés symptômes positifs, toutefois, dans la plupart des cas, elle débute de manière progressive.

La période précédant l'apparition des premiers symptômes psychotiques francs peut être schématiquement divisée en deux phases modélisées dans la *Figure 1* ci-dessous :

- une phase prémorbide qui s'étend théoriquement de la naissance à l'apparition des premiers signes précurseurs de la maladie
- une phase prodromique caractérisée par des symptômes dits prodromiques dont le repérage est un des éléments clés du dépistage précoce.

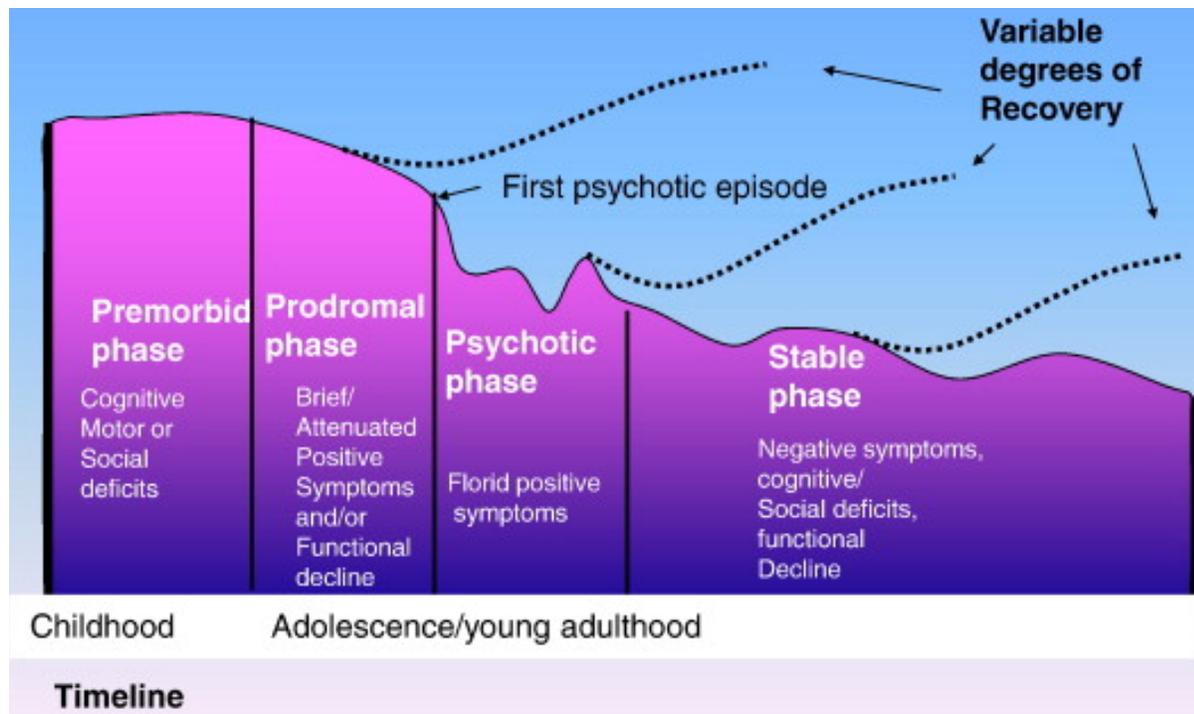


Figure 1 : Phases évolutives de la schizophrénie. L'axe vertical représente le niveau de fonctionnement du sujet. (Tandon, Nasrallah, et Keshavan 2009)

L'apparition des premiers symptômes psychotiques francs correspond au premier épisode psychotique. Le passage de la phase prodromique au premier épisode psychotique est appelé « transition psychotique ».

### 1.2.1.1. La phase prémorbide

Au cours de la phase prémorbide, on peut retrouver des anomalies du développement psychomoteur non spécifiques de la schizophrénie mais qui sont des marqueurs de vulnérabilité. L'équipe finlandaise de Niemi a publié en 2003 une revue de la littérature synthétisant les différents signes cliniques pouvant être repérés au cours de cette phase (Niemi et al. 2003). Ils ont sélectionnés des études prospectives dites « *High-Risk* » basées sur le suivi longitudinal d'enfant dont au moins un des parents est atteint de schizophrénie car chez ces sujets, le risque de développer la maladie est de 10% voire 50% si les deux parents sont atteints contre 1% dans la population générale (Gottesman 1994).

Parmi les **anomalies du développement moteur et neurologique**, on retrouve un syndrome appelé « pandysmaturation » qui associe un retard du développement moteur et/ou oculomoteur transitoire, un profil de fonctionnement neuro-comportemental anormal et un retard de croissance du squelette (Fish et al. 1992). Des troubles de la coordination, des problèmes de latéralisation et d'équilibre ont également été observés (Marcus et al. 1985; Rieder et Nichols 1979). Plus fréquemment, on note un retard aux grandes étapes développementales (Cannon et al. 2002; Isohanni et al. 2005; Niemi et al. 2003).

Concernant le **fonctionnement cognitif**, la plupart des études retrouvent une efficacité intellectuelle altérée (Schulz et al. 2014). Toutefois, dans certaines études, cette différence s'estompe avec l'âge. Des troubles de l'attention ont également été fréquemment relevés (Erlenmeyer-Kimling et Cornblatt 1992). Par ailleurs, certaines études décrivent des difficultés de concentration, des troubles mnésiques et des fonctions exécutives (Byrne et al. 1999).

Des **troubles du comportement et des interactions sociales** ont aussi été décrits. Des difficultés dans les interactions sociales ont été retrouvées dans l'enfance et l'adolescence. En milieu scolaire, les sujets à risque seraient plus agressifs, perturbateurs ou en retrait, ils auraient une mauvaise concentration et une faible participation en classe (Ayalon et Merom 1985). Des difficultés dans les relations avec les pairs sont également rapportées par les jeunes et leurs professeurs (Ayalon et Merom 1985; Garmez 1987).

Plusieurs études ont évalués la présence de **symptômes psychiatriques** à l'aide de l'échelle *Minnesota Multiphasic Personality Inventory* (MMPI). Des scores de psychoticisme plus élevés comme on peut le voir dans la schizoïdie ont été retrouvés chez les sujets à risque (Carter et al. 1999). De même, le Trouble Déficit de l'Attention Hyperactivité (TDAH), la dépression, les troubles oppositionnels et les troubles anxieux étaient présents à des taux plus élevés chez les sujets à risque (Keshavan et al. 2005). Enfin, des traits de personnalité schizotypique ont été observés chez les sujets qui développent une schizophrénie à l'âge adulte (Erlenmeyer-Kimling et al. 1995).

### 1.2.1.2. La phase prodromique

La phase prodromique peut s'étendre de quelques semaines à plusieurs années et se divise schématiquement en deux périodes modélisées sur la *Figure 2* ci-dessous :

- Une phase précoce ou prépsychotique associée à des signes non spécifiques (anxiété, retrait social, humeur dépressive...) et des signes plus spécifiques (les symptômes de base ou « *Basic Symptoms* », BS sur la *Figure 2*)
- Une phase tardive ou sub-psychotique où apparaissent des symptômes psychotiques atténués (« *Attenuated Psychotic Symptoms* », APS sur la *Figure 2*) ou transitoires sous forme d'épisodes psychotiques brefs spontanément résolutifs (« *Brief Limited Intermittent Psychotic symptoms* », BLIP sur la *Figure 2*).

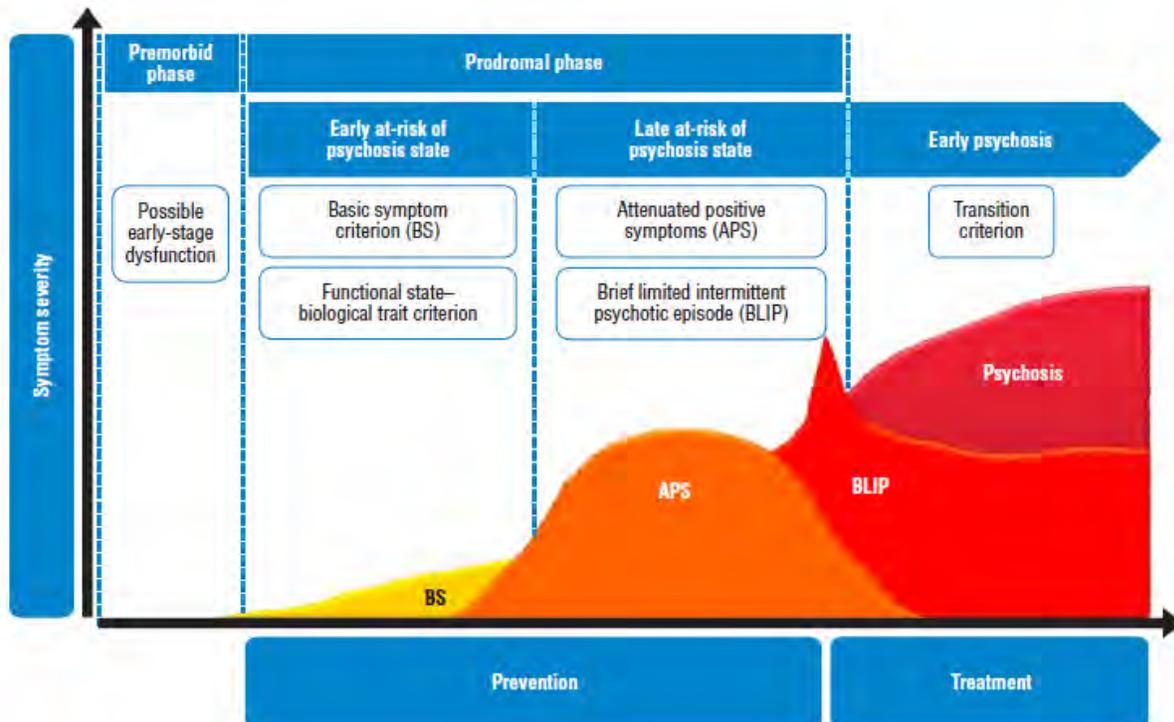


Figure 2 : Modélisation du début de la schizophrénie à partir des états mentaux à risque. L'axe vertical représente la sévérité des symptômes (Fusar-Poli et al. 2013)

La symptomatologie de la phase prodromique permet de définir les états mentaux à risque qui peuvent être repérés à l'aide d'échelles diagnostiques qui seront détaillées ultérieurement. Cette symptomatologie peut soit régresser, soit se stabiliser, soit évoluer vers un premier épisode psychotique : c'est la transition psychotique.

### 1.2.2. Que peut-on attendre des interventions précoces ?

La période comprise entre le début de la phase psychotique et l'initiation du traitement est définie comme la **Durée de Psychose Non Traitée (DPNT)**. Au cours des dernières années, de nombreuses études se sont intéressées à la DPNT afin de déterminer l'effet d'une intervention précoce sur le pronostic de la schizophrénie (Souaiby, Gaillard, et

Krebs 2016). Les méthodes d'évaluation de la DPNT sont multiples, toutefois, quelque soit l'outil employé, une DPNT plus longue est associée à un plus mauvais pronostic à court et à long terme et ce dans plusieurs domaines. En effet, une méta-analyse publiée en 2014 a montré qu'une DPNT plus longue était significativement associée à un plus mauvais pronostic concernant les symptômes positifs et négatifs, le fonctionnement social, le taux de rémission et le pronostic global (Penttilä et al. 2014). Deux autres méta-analyses publiées en 2005 ont retrouvé qu'une DPNT plus courte était associée à une meilleure réponse au traitement antipsychotique mesurée par la sévérité globale de la psychopathologie, les symptômes positifs, les symptômes négatifs, le taux de rémission, le risque de rechute, le niveau de fonctionnement global et la qualité de vie (Marshall et al. 2005; Perkins et al. 2005). Cette association persistait après quatre, huit voire douze ans et ce après ajustement sur les facteurs de confusion (âge, genre, fonctionnement prémorbide, usage de toxiques, niveau d'éducation) (Hill et al. 2012; Clarke et al. 2006; Crumlish et al. 2009).

A ce jour, le mécanisme expliquant le lien entre DPNT et pronostic de la maladie n'a pas encore pu être clairement défini. Une hypothèse est que la réduction de la DPNT permet d'intervenir à un stade où les processus déficitaires neurobiologiques sont très actifs prévenant ainsi la progression des symptômes négatifs (Melle et al. 2008).

Plus récemment la notion de **Durée de Maladie Non Traitée** (DMNT) a émergé, elle correspond à la phase prodromique et la DPNT. La nécessité d'une intervention encore plus précoce, avant l'apparition des premiers symptômes psychotiques, est soutenue par les études épidémiologiques qui ont démontré que la dégradation de la situation globale du patient était massive au cours des deux ou trois premières années de la phase psychotique (Birchwood, Todd, et Jackson 1998). Toutefois, il est à noter que la disponibilité des services de soins en santé mentale influence l'accès aux soins et donc la détection des troubles mentaux. En ce sens, la DMNT devrait être considérée comme une mesure indirecte de l'efficacité des stratégies de détection précoce et des dispositifs existants (Singh 2007). De plus, le début de la maladie reste encore compliqué à définir ainsi la mesure de la DMNT est difficile à standardiser et peu fiable. Les études basées sur la DMNT suggèrent qu'une intervention précoce au stade prodromique pourrait retarder la transition psychotique (Fusar-Poli et al. 2013) et améliorer le pronostic à court terme de la maladie (Keshavan M.S., Haas G., et Miewald J. 2003; Malla et al. 2006).

### **1.2.3. Quels outils pour le repérage des états mentaux à risque ?**

L'association entre DPNT et pronostic de la maladie ayant été démontrée, le repérage précoce est devenu un enjeu majeur. Le faible taux de transition en population générale ou chez les sujets « *High-Risk* » (dont au moins un des parents est atteint de schizophrénie) n'autorise pas la mise en place d'une intervention précoce dans ces populations. Il était donc nécessaire de trouver des outils offrant une meilleure prédictibilité.

### 1.2.3.1. L'approche anglo-saxonne des critères Ultra Haut Risque

#### ***Comprehensive Assessment of At-Risk Mental States (CAARMS)***

Les équipes anglo-saxonnes adoptent la stratégie du *close-in* qui consiste à distinguer autant que possible les sujets pour lesquels la transition psychotique est imminente (dans moins d'un an) (McGorry, Yung, et Phillips 2003). Les travaux des équipes de McGorry en Australie et McGlashan aux Etats-Unis permettent de définir des critères d'identifications des sujets présentant un état mental à risque (« *At-Risk Mental State* », ARMS) ou les sujets à « Ultra Haut Risque » (UHR) de transition psychotique. Ils améliorent la spécificité en précisant l'intensité, la fréquence et la durée de chaque critère, le lien avec une consommation de toxiques ainsi que la présence d'une altération du fonctionnement au cours de la dernière année écoulée. Ils développent ainsi la CAARMS qui se présente sous la forme d'un entretien semi-dirigé permettant une évaluation détaillée des états mentaux à risque chez les sujets âgés de 14 à 30 ans (Yung et al. 2005). Elle est à ce jour l'outil de repérage des états mentaux à risque le plus utilisé dans la recherche ce qui permet une comparabilité inter-étude. Elle a été validée en français en 2014 par Krebs et son équipe (Krebs et al. 2014).

Elle permet de déterminer si un individu remplit les critères UHR, ceux d'une psychose aiguë ou s'il n'est pas à risque de développer un trouble psychotique. Elle est organisée en 7 sous-échelles qui évaluent les symptômes positifs et négatifs, la désorganisation, d'autres signes non spécifiques relevant de la psychopathologie générale (anxiété, troubles de l'humeur...) et les symptômes de base de Huber. Le fonctionnement global est évalué à l'aide de la *Social and Occupational Functioning Assessment Scale* (SOFAS). L'altération du fonctionnement est significative s'il existe une chute d'au moins 30% du score de la SOFAS par rapport au niveau prémorbide estimé sur une période d'au moins un mois pendant la dernière année ou un score de SOFAS inférieur ou égal à 50 pendant au moins les 12 derniers mois.

L'évaluation du risque de transition psychotique est faite à partir de la sous-échelle « symptômes positifs », les autres sous-échelles permettent une évaluation globale de la psychopathologie. A l'issue de la cotation, les individus sont considérés comme UHR s'ils remplissent les critères d'un ou plusieurs des trois groupes suivants :

- **Groupe 1 « vulnérabilité »** : sujets ayant un trouble de la personnalité schizotypique et/ou un parent au premier degré atteint de psychose associé à une détérioration de leur niveau de fonctionnement global,
- **Groupe 2 « psychose atténuée »** : sujets présentant des symptômes psychotiques atténués soit par leur intensité (inférieure au seuil de psychose) soit par leur fréquence. Les symptômes doivent être présent au cours de la dernière année mais exister depuis moins de 5 ans et être associés à une détérioration du fonctionnement.
- **Groupe 3 « BLIPS »** : sujets ayant eu des symptômes psychotiques brefs, limités ou intermittents, spontanément résolutifs en moins d'une semaine (en l'absence de tout traitement antipsychotique). Les symptômes doivent être présent au cours de la dernière année mais exister depuis moins de 5 ans et être associés à une détérioration du fonctionnement.

La transition psychotique est définie comme la présence d'au moins un des symptômes positifs à une fréquence quotidienne pendant une durée minimale d'une semaine.

### ***Structured Interview for Prodromal Syndromes (SIPS) – Scale of Prodromal Symptoms (SOPS)***

La SIPS est un entretien semi-structuré élaboré par Miller et McGlashan en 1999. La SOPS permet d'évaluer la sévérité. Elles ne sont pas validées en français et ne seront donc pas détaillées ici.

#### **1.2.3.2. L'approche germanique des symptômes de base**

L'approche par les symptômes de base privilégiée par les phénoménologues allemands consiste à rechercher les symptômes subjectifs des sphères cognitive, affective et sociale pouvant être identifiés par le sujet au cours des années précédant la transition psychotique (Gross 1989; Gross et Huber 1985; Huber et Gross 1989). Il s'agit d'expériences perceptives subtiles habituellement non explorées par l'évaluation clinique et qui nécessitent une écoute attentive du vécu du patient. Les symptômes de base définis par Huber en 1985 sont les suivants :

- Affaiblissement des fonctions cognitives : troubles de l'attention, de la concentration, de la mémorisation
- Altération des capacités à ressentir les émotions : irritabilité, excitabilité, impressionnabilité, émoussement affectif
- Perte d'énergie : fatigue, épuisement soudain, hypersensibilité à tout effort
- Altération des fonctions motrices
- Altérations des sensations corporelles
- Altérations des perceptions sensorielles
- Altération des fonctions autonomes
- Intolérance au stress.

L'outil dédié à l'évaluation des symptômes de base est la *Bonn Scale for the Assessment of Basic Symptoms (BSABS)*.

#### **1.2.3.3. Niveau de prédiction des outils de repérage actuels**

Une méta-analyse réalisée en 2012 par Fusar-Poli a retrouvé un taux de transition psychotique d'environ un tiers à trois ans chez les sujets considérés comme UHR après évaluation par la CAARMS ou la SIPS (Fusar-Poli et al. 2012).

Concernant les symptômes de base, une étude réalisée par Klosterkötter et al. en 2001 qu'en l'absence de symptômes de base identifiés chez le sujet, le risque de transition psychotique était exclu à 96% (Klosterkötter et al. 2001).

Parmi les sujets ayant transité vers la phase psychotique, 73% développent un trouble du spectre de la schizophrénie ou un autre trouble psychotique, 11% un trouble de l'humeur (Fusar-Poli et al. 2012).

Enfin, les sujets qui ne transitent pas gardent pour la majorité des symptômes psychotiques infraliminaires, des troubles de l'humeur ou des troubles anxieux ainsi qu'un fonctionnement altéré (Addington et al. 2011).

Ces résultats témoignent du manque de prédictibilité des outils de repérage actuels et vont à l'encontre d'une procédure de screening systématique de la population générale (McGorry, Killackey, et Yung 2008). L'enjeu majeur des centres de détection et d'intervention précoces est donc de faciliter l'accès à ces évaluations spécifiques pour les jeunes souffrant de troubles psychiques et demandeurs de soins ou orientés par leur entourage ou adressés par un professionnel de premier recours. En ce sens, les centres de détection et d'intervention précoces organisent souvent au niveau local des campagnes d'information. Ces campagnes visent d'une part les professionnels de premier recours afin d'améliorer l'identification des signes nécessitant un adressage vers le centre, d'autre part le grand public afin d'améliorer la connaissance des troubles psychiques, de faire connaître le centre et de participer à la déstigmatisation des soins psychiatriques (Fusar-Poli et al. 2013). Par ailleurs, afin d'améliorer le niveau de prédiction du risque de transition, les recherches les plus récentes s'orientent vers la prise en compte de marqueurs biologiques, cognitifs ou d'imagerie médicale (Krebs 2015).

#### **1.2.4. Interventions précoces**

##### **1.2.4.1. Objectifs des interventions précoces**

Les interventions en amont de la phase psychotique ont plusieurs objectifs :

- retarder, voire prévenir la transition psychotique
- prendre en charge les comorbidités fréquemment présentes au cours de la phase prodromique telles que l'anxiété, la dépression, les abus de substance (Fusar-Poli et al. 2014; Hui et al. 2013)
- favoriser l'engagement dans les soins afin de réduire la DPNT en cas de transition psychotique et de permettre ainsi une entrée non traumatique dans le programme de soins (Killackey et Yung 2007).

##### **1.2.4.2. Durée des programmes d'intervention précoces**

Les études ont montré que les états mentaux à risque sont associés à un risque très élevé de transition psychotique pendant les trois premières années après l'apparition des premiers symptômes prodromiques, par la suite l'augmentation du risque est très progressive (National Collaborating Centre for Mental Health (UK) 2014). Ainsi, bien qu'il n'y ait pas de consensus concernant la durée de l'intervention à mettre en place chez les états mentaux à risque, la plupart des programmes durent de 18 mois à 3 ans au maximum.

### 1.2.4.3. Moyens thérapeutiques

Compte-tenu du niveau de prédiction des outils de repérage, on sait que la plupart des patients détectés comme des états mentaux à risque ne transiteront jamais vers la psychose et ce en l'absence de toute intervention. Il s'agit donc de ne pas traiter « à tort » ces patients avec un risque de stigmatisation et de iatrogénie. C'est dans ce contexte que Yung et McGorry ont proposé en 2007 une stratégie de *staging* consistant à intensifier progressivement les interventions en fonction de la sévérité des symptômes (Yung et McGorry 2007). Elle est détaillée dans le *Tableau III*.

Concrètement, la stratégie thérapeutique est de traiter « ce qui se voit » (anxiété, dépression, dépendance à une substance) et en cas de traitement médicamenteux, traiter par antidépresseurs en première intention. Le traitement par antipsychotique n'est à introduire que lorsque les symptômes psychotiques s'intensifient jusqu'à atteindre le seuil de psychose (Yung et al. 2004).

Les auteurs soulignent également l'importance de privilégier – dans la mesure du possible et en l'absence de critère d'urgence ou de gravité justifiant une hospitalisation – une prise en charge « dans le milieu » afin de préserver l'insertion sociale, les activités scolaires, professionnelles et occupationnelles. A cela, s'associe un accompagnement global du patient dans différents domaines (médical, social, scolaire ou professionnel...).

*Tableau III : Modélisation du staging, d'après Yung et McGorry (2007) (Krebs 2015)*

Stade clinique	Définition	Population cible	Intervention potentielle
<b>0</b>	Risque augmenté, aucun symptôme	Adolescents apparentés de 1 <sup>er</sup> degré	Promouvoir la santé, éducation de la famille, éducation sur les drogues, training cognitif
<b>1a</b>	Symptômes légers, non spécifiques, déclin fonctionnel modeste	Screening des adolescents, adressage par les médecins généralistes et les écoles	Psychoéducation familiale, Thérapies Cognitives et Comportementales (TCC), réduction active des drogues
<b>1b</b>	UHR : symptômes subliminaux, déclin fonctionnel	Adressage par les médecins généralistes, les urgences	Psychoéducation familiale, TCC, réduction active des drogues
<b>2</b>	1 <sup>er</sup> épisode psychotique	Adressage par les médecins généralistes, les urgences, les spécialistes des addictions	Psychoéducation familiale, TCC, réduction active des drogues, antipsychotiques atypiques

Par ailleurs, les études mettent en avant la fonction de soignant référent ou *case manager* comme pivot de la coordination des soins (Veyron et al. 2013). Le rôle du *case manager* ne se limite pas à coordonner les soins, il est impliqué dans la prise en charge du patient et développe une relation de confiance particulière avec lui. Il favorise

l'engagement du patient dans les soins et l'adhésion au traitement. Il a aussi pour mission d'évaluer régulièrement l'état du patient et de transmettre les informations pertinentes aux médecins en charge du suivi (Haute Autorité de Santé 2018).

#### 1.2.4.4. Que disent les recommandations ?

##### ▪ Les recommandations françaises :

Elles ont été éditées par la Fédération Française de Psychiatrie en 2003 et validées par la Haute Autorité de Santé (Fédération Française de Psychiatrie 2003). Ces recommandations sont relativement anciennes et ne tiennent pas compte des avancées de la recherche sur les états mentaux à risque au cours des quinze dernières années. Ainsi, bien qu'elles soient globalement cohérentes avec les recommandations les plus récentes au niveau international, elles restent peu précises sur les modalités pratiques des interventions à mettre en place :

- mieux informer les professionnels de premier recours et le grand public concernant les états mentaux à risque,
- mettre en place des structures d'accueil pour adolescents et jeunes adultes permettant l'identification des sujets à risque ainsi qu'une prise en charge précoce, non stigmatisée,
- proposer des traitements psychosociaux, médicamenteux symptomatiques, voire curatifs antipsychotiques lorsque la symptomatologie le justifie,
- établir dans ces structures une relation permettant une prise de conscience du sujet, l'obtention d'une alliance thérapeutique et un consentement éclairé.

##### ▪ Les recommandations anglo-saxonnes :

Plus récentes, il s'agit des recommandations de la *National Institute for health and Care Excellence* (NICE) parues en 2014 (National Collaborating Centre for Mental Health (UK) 2014). Elle préconise que les patients qui présentent des signes faisant évoquer un état mental à risque soient adressés sans délai à un centre de détection et d'intervention précoces pour une évaluation. Si le sujet est considéré à risque de développer un trouble psychotique, la NICE recommande les TCC éventuellement associées à la thérapie familiale ainsi que le traitement des autres troubles identifiés (anxiété, dépression, trouble de la personnalité, addictions). Elle précise qu'aucun traitement antipsychotique ne doit être introduit chez les états mentaux à risque dans le but de prévenir la transition psychotique. Enfin, elle préconise que les patients considérés à risque bénéficient d'un suivi régulier comportant des explorations répétées de la symptomatologie et du fonctionnement par un outil d'évaluation validé.

##### ▪ Les recommandations américaines :

Les dernières recommandations de l'American Psychiatric Association concernant la schizophrénie ont été publiées 2004 et sont considérées par les éditeurs comme obsolètes (Lehman 2004). Elles ne font d'ailleurs pas mention des états mentaux à risque et des interventions précoces à mettre en place avant l'apparition d'un premier épisode psychotique.

## ▪ Les recommandations européennes :

Publiées en 2015, les recommandations de l'*European Psychiatric Association* (EPA) sont les plus actuelles et les plus précises (Schmidt et al. 2015). Concernant les adultes présentant un haut risque clinique de transition psychotique, l'EPA indique que :

- les interventions chez les états mentaux à risque ne devraient pas avoir pour seul but de prévenir un premier épisode psychotique mais aussi de développer ou de maintenir le fonctionnement social, scolaire ou professionnel
- Chaque intervention doit prendre en compte les besoins individuels du patient et les autres troubles psychiques (comorbidités)
- la stratégie du *staging* devrait être appliquée de la manière la moins restrictive possible en proposant les TCC en premier lieu
- Lorsque les interventions psychothérapeutiques s'avèrent inefficaces et que la symptomatologie prodromique est sévère et d'aggravation progressive, de faibles doses d'antipsychotiques de deuxième génération peuvent être prescrites dans le but d'obtenir un niveau de stabilisation nécessaire pour que la psychothérapie puisse être efficace
- Aucun traitement antipsychotique ne doit être envisagé sur le long terme dans un but essentiellement préventif.

Concernant les enfants et les adolescents, l'EPA considère que les interventions psychothérapeutiques visant à améliorer le fonctionnement devrait s'intégrer à une approche globale incluant la prise en charge des problèmes psychosociaux et des comorbidités psychiques.

### 1.2.5. Un exemple : le Dispositif 15-25 ans de l'hôpital de Montauban (82)

Un dispositif ambulatoire de détection et d'intervention précoces des pathologies psychiatriques émergentes a été créé sur l'hôpital de Montauban depuis 2015, le « Dispositif 15-25 ans ». Ce projet a été motivé par une analyse des pratiques rendant compte d'un accès tardif des jeunes présentant des troubles psychotiques débutants aux soins psychiatriques. Les conséquences étaient un recours fréquent aux soins sans consentement et à des posologies élevées de psychotropes, une mauvaise alliance thérapeutique et des ruptures de suivi fréquentes.

En l'absence de budget dédié, la psychiatre Chantal Martinez et son équipe ont initialement élaboré le dispositif en restructurant les prises en charge pour cette population. Ils se sont inspirés des programmes de soins qui se sont développés à l'international au cours des dernières décennies et en particulier du TIPP (Traitement et Intervention dans la Phase précoce des troubles Psychotiques) basé à Lausanne (Conus, Polari, et Bonsack 2010). Les adolescents et jeunes adultes âgés entre 15 et 25 ans ont été ciblés pour correspondre à l'âge de début habituel des troubles psychotiques. Les objectifs du projet à sa création étaient multiples :

- faciliter l'accès aux soins psychiatriques pour les jeunes âgés de 15 à 25 ans
- améliorer la continuité des soins en favorisant l'engagement dans les soins
- proposer une approche globale et des soins coordonnés
- diminuer la DPNT.

Dans le cadre de sa mission d'amélioration de l'accès aux soins, le dispositif a été conçu pour être intersectoriel et ouvert sur l'extérieur. Le lien avec les partenaires (Maison des Adolescents, Education Nationale, structures médico-sociales...) tient donc une place essentielle dans son fonctionnement. De plus, un numéro de téléphone unique avec une lignée dédiée a été mis à la disposition des professionnels, des patients et de leur entourage pour recueillir les demandes de prise en charge. Une permanence téléphonique est assurée par les infirmières du dispositif les jours ouvrables, de 9h00 à 16h30. Ce numéro unique permet notamment aux médecins généralistes d'avoir un accès facilité à un avis spécialisé pour leurs patients.

Un staff de coordination hebdomadaire réunit tous les membres du dispositif (psychiatres, psychologues, infirmiers, cadre infirmier) et permet de présenter les nouvelles demandes et faire le point sur les patients pour lesquels le suivi n'est pas encore considéré comme engagé (moins de trois rendez-vous honorés, ambivalence par rapport aux soins voire réticence). Pour chaque cas, les modalités de la première rencontre sont définies en fonction des souhaits du patient et des renseignements cliniques apportés par le recueil de données. La deuxième partie du staff de coordination hebdomadaire permet d'organiser les modalités pratiques de rencontre des demandes reçues et de faire un point sur les situations problématiques. Le fonctionnement du dispositif s'appuie sur la fonction de « référent de continuité », terminologie choisie pour désigner le *case manager*. Ce dernier s'implique dans la prise en charge du patient souvent dès l'évaluation initiale éventuellement faite en binôme avec un psychiatre ou un psychologue.

Un groupe de travail regroupant également tous les membres du dispositif se réunit mensuellement afin de réfléchir au fonctionnement et à l'évolution du Dispositif 15-25 ans. Enfin, une réunion mensuelle des référents de continuité permet à la fois un temps d'échange entre eux et des temps de formation sur des thèmes précis, à leur demande. En fonction des difficultés présentées par le patient, le référent de continuité peut solliciter un ou plusieurs sous-groupes de travail avec des approches variables qui sont présentés dans la *Figure 3*.

Chaque infirmier référent de continuité dispose d'un téléphone portable avec une ligne téléphonique professionnelle personnelle à chacun ce qui permet d'une part de faciliter le lien avec les jeunes par un accès direct à leur interlocuteur et par l'utilisation de *Short Message System* (SMS) pour les échanges. D'autre part, l'accès direct au référent de continuité du patient facilite également le suivi conjoint avec d'autres professionnels (médecins généralistes, unités d'hospitalisation, addictologie et autres partenaires).

Des plages horaires élargies ont été mises en place pour les consultations afin de s'adapter aux contraintes d'organisation des jeunes scolarisés ou employés. Pour les jeunes repliés à leur domicile et qui refusent d'en sortir, des visites à domicile peuvent être réalisées par les soignants de l'équipe.

Depuis le premier trimestre 2018, le dispositif a progressivement acquis des moyens propres avec un Equivalent Temps-Plein (ETP) de psychologue assuré par trois psychologues et 4 ETP d'infirmier. Deux psychiatres et un interne en médecine sont régulièrement présents au cours des staffs hebdomadaires et participent activement à la prise en charge des patients. Un véhicule léger hospitalier a également été attribué au Dispositif 15-25 ans en janvier 2019.

Une première phase de 2015 à 2016 a consisté à ouvrir l'adressage aux professionnels intra-hospitaliers (psychiatres et pédopsychiatres de secteur et des urgences). A partir de 2016, une campagne d'information des professionnels de premier recours a été lancée à destination des médecins généralistes, des infirmiers et médecins scolaires mais aussi de tous les intervenants du social et du médico-social travaillant avec des jeunes dans cette tranche d'âge. Au cours du dernier trimestre 2017, la ligne téléphonique a été ouverte au grand public. Les statuts des personnes adressant des patients au Dispositif 15-25 ans au cours des 6 mois précédents l'étude sont représentés dans la *Figure 4*.

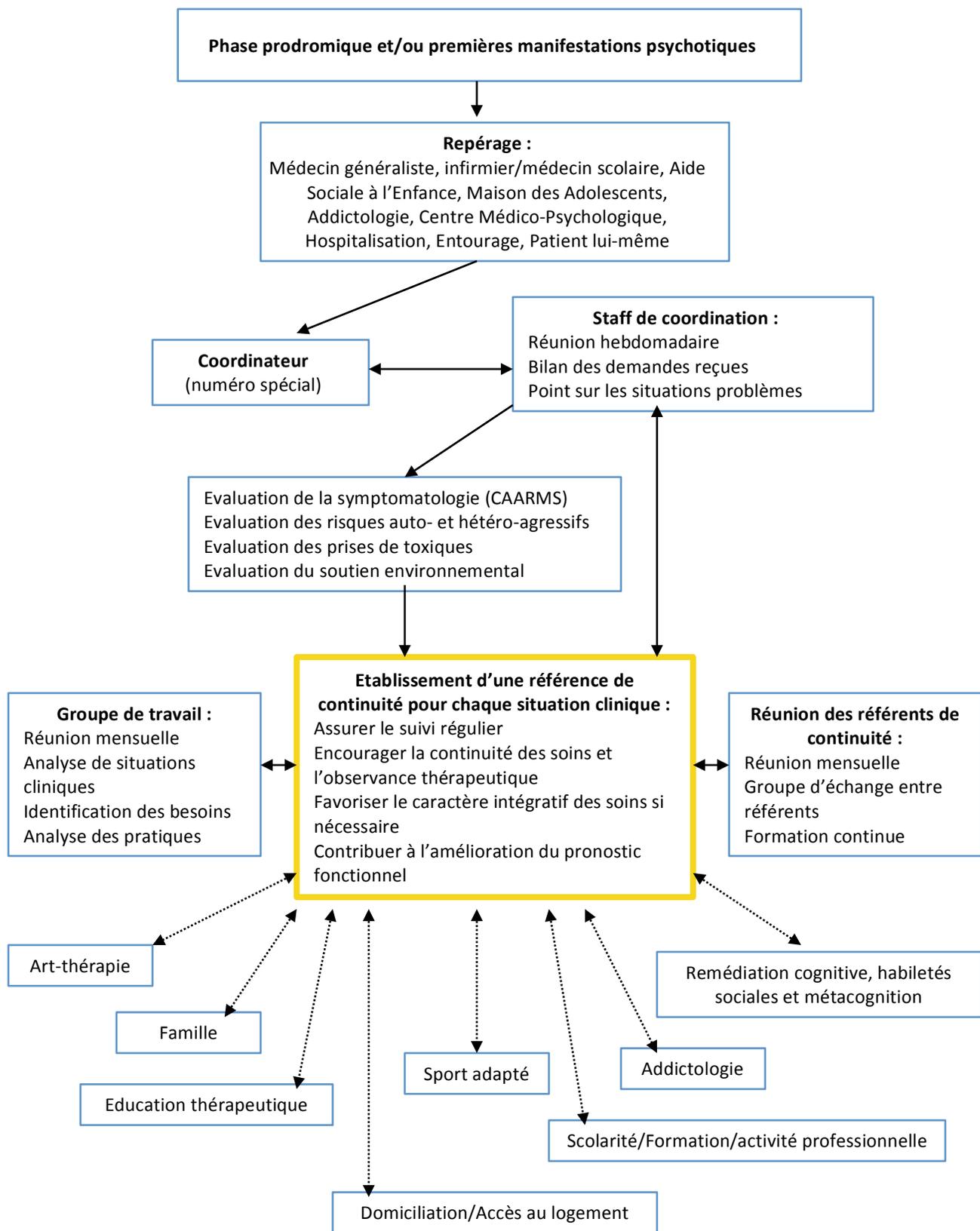
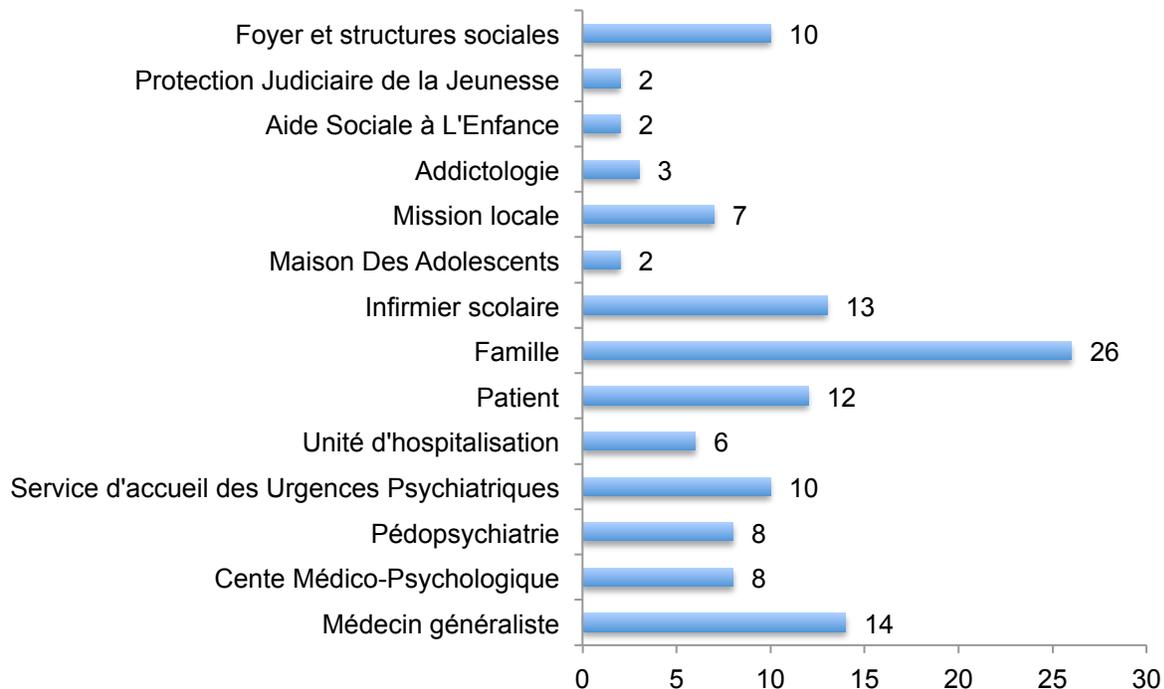


Figure 3 : Structure du Dispositif 15-25 ans (adapté de Larrieu, Martinez et al., 2016)



*Figure 4 : Description de l'origine des demandes adressées au Dispositif 15-25 ans sur la période de juillet 2018 à janvier 2019*

### **1.3.L'information des médecins généralistes : une piste privilégiée pour améliorer le parcours de soins des états mentaux à risque**

#### **1.3.1. Place des médecins généralistes dans le parcours de soins des patients présentant un état mental à risque**

Plusieurs études ont évalué la trajectoire des patients présentant des troubles psychotiques débutant jusqu'au premier contact avec les soins psychiatriques (J. Addington et al. 2002; Platz et al. 2006). L'étude de leur parcours de soins montre que les médecins généralistes sont fréquemment consultés par les patients qui développent plus tard une schizophrénie. Ils sont notamment rencontrés très tôt dans la recherche d'aide et sont les premiers professionnels à être contactés par les patients (Lincoln, Harrigan, et McGorry 1998). Pourtant, après avoir consulté un médecin généraliste, le délai moyen d'adressage des patient présentant un état mental à risque à un centre de détection et d'intervention précoces est en moyenne de 42 semaines (Platz et al. 2006).

Cette étude a également révélé que les patients ayant des symptômes psychotiques contactent généralement des professionnels de la santé mentale, en revanche, les patients ayant des manifestations moins spécifiques et plus insidieuses telles qu'une détérioration modérée du fonctionnement ou un retrait social contactent le plus souvent leurs médecins généralistes. Or, la symptomatologie aspécifique des états mentaux à risque les rend plus difficiles à repérer pour les médecins généralistes (A. E. Simon

2005). De plus, Le Galudec et son équipe ont démontré que les médecins généralistes français ont un déficit de connaissances diagnostiques concernant la détection des troubles psychotiques émergents (Mickael Le Galudec et al. 2014). Ils soulignent l'importance de développer des campagnes d'information à destination des médecins généralistes afin d'améliorer le parcours de soins de ces patients.

### **1.3.2. Stratégies d'information des médecins généralistes sur les états mentaux à risque : états des lieux des connaissances**

Plusieurs études ont exploré l'impact de campagnes d'informations à destination des médecins généralistes sur l'accès aux centres de détection et d'intervention précoces pour les patients présentant un premier épisode psychotique. Les résultats concernant l'efficacité de ces méthodes sont variables. L'équipe londonienne du LEO-CAT (*Lambeth Early Onset Crisis Assessment Team*) a mené un essai randomisé et contrôlé évaluant l'impact d'une formation spécialisée pour les médecins généralistes sur l'adressage de patients présentant un premier épisode psychotique sur leur centre. Les médecins généralistes ayant reçu la formation adressaient significativement plus de patients sur le centre LEO-CAT que ceux qui n'en avaient pas reçu (Power et al. 2007). En revanche, cela n'avait pas d'effet sur la DPNT. L'étude anglo-saxonne REDIRECT a également évalué par un essai randomisé et contrôlé l'effet d'une stratégie d'information sur l'adressage des patients présentant un premier épisode psychotique sur un centre de détection et d'intervention précoces. Ils suggèrent que l'information des médecins généralistes n'a d'effet ni sur l'adressage des patients présentant un premier épisode psychotique au centre spécialisé ni sur la DPNT (Lester et al. 2009). De même, une revue systématique de la littérature conduite en 2011 n'a pas trouvé de preuves concernant l'efficacité des campagnes d'information pour améliorer la DPNT bien que les études incluses aient montré que les médecins généralistes ayant reçue une information étaient plus enclin à adresser les patients à un centre spécialisé (Lloyd-Evans et al. 2011).

En revanche, les études évaluant l'impact de campagnes d'information à destinations des médecins généralistes sur l'adressage des états mentaux à risque aux centres de détection et d'intervention précoces sont peu nombreuses. Une étude anglo-saxonne avant/après a montré une augmentation significative du taux d'adressage de patients sur deux centres de détection et d'intervention précoces dans les 6 mois suivant une campagne d'information des médecins généralistes sur les troubles psychotiques débutant et les centres spécialisés par rapport au taux d'adressage dans les 6 mois précédant l'information (Reynolds et al. 2015). L'étude LEGs (*Liaison and Education in General Practices*) a montré par un essai randomisé contrôlé qu'une campagne d'information basée sur un lien personnalisé et intensif entre spécialistes et médecins généralistes était plus efficace qu'une campagne d'information postale pour améliorer l'adressage des patients présentant un état mental à risque ou un premier épisode psychotique à un centre de détection d'intervention précoces (Perez et al. 2015). L'analyse en termes de coût/efficacité a montré que cette stratégie d'information était coûteuse en ressources et en temps toutefois, le modèle de décision économique suggère que cette dépense supplémentaire a le potentiel de générer des économies ultérieures à travers un repérage et un adressage plus précoce aux centres de détection et d'intervention précoces. Même si l'effet des campagnes d'informations sur le

repérage et l'orientation des états mentaux à risque par les médecins généralistes est encore peu investigué, les résultats des premières études sont prometteurs.

Concernant les modalités pratiques des interventions à mettre en place auprès des médecins généralistes sur l'identification des troubles psychotiques émergents, plusieurs méthodes ont été évaluées :

- Une session d'information collective incluse dans les séminaires de Formation Médicale Continue (Renwick et al. 2008),
- Une session d'information collective de 25 minutes sur un temps de pause déjeuner associée à la distribution de plaquettes d'information sur le centre de détection et d'intervention précoces LEO-CAT (Power et al. 2007)
- Des sessions d'information collectives basées sur le visionnage d'un film éducatif sur les troubles psychotiques débutants de 17 minutes suivi d'un temps de question-réponse de 15 minutes avec rappels dans le cadre de l'étude REDIRECT (Lester et al. 2009),
- Des rencontres d'information individuelles basées sur des présentations avec visionnage de diapositives sur le lieu d'exercice des médecins généralistes (Reynolds et al. 2015),
- Une rencontre individuelle d'une heure incluant un temps d'information et un temps de discussion autour de cas cliniques amenés par les médecins généralistes au fil de l'échange avec une session de rappel à un an dans l'étude LEGs (Perez et al. 2015),
- Une campagne d'information postale (Simon et al. 2010).

A l'issu de ces travaux de recherche, aucun consensus n'a pu être établi et les études les plus pertinentes ont rarement identifié l'élément clé de l'efficacité de l'intervention. De plus, on ne retrouve pas dans la littérature d'études menées en France sur ce sujet.

#### **1.4. La personnalisation du lien avec les médecins généralistes comme stratégie pour augmenter l'adressage de patients à risque sur le Dispositif 15-25 ans**

Dans une étude observationnelle préliminaire menée en juin 2016, les médecins généralistes du Tarn-et-Garonne répondeurs (26%) déclaraient rencontrer des patients pour lesquels ils suspectaient un trouble psychotique débutant (sujets UHR ou PEP) une à deux fois par an (Shitalou 2016). Une campagne d'information à destination des médecins généralistes du Tarn-et-Garonne a été mise en place. Des informations concernant le Dispositif 15-25 ans et les troubles psychotiques débutants ont été diffusées *via* le bulletin de l'Ordre des Médecins du Tarn-et-Garonne, par courrier électronique et/ou par téléphone. Pour autant, le nombre de patients adressés sur le Dispositif 15-25 ans par leurs médecins généralistes s'élevait à 3 patients après un an démontrant l'inefficacité de cette stratégie d'information pour améliorer d'une part l'identification des troubles psychotiques débutants d'autre part leur adressage sur le Dispositif 15-25 ans par les médecins généralistes du département. L'évolution du nombre de patients adressés au Dispositif en fonction du temps est représentée dans la *Figure 5*.

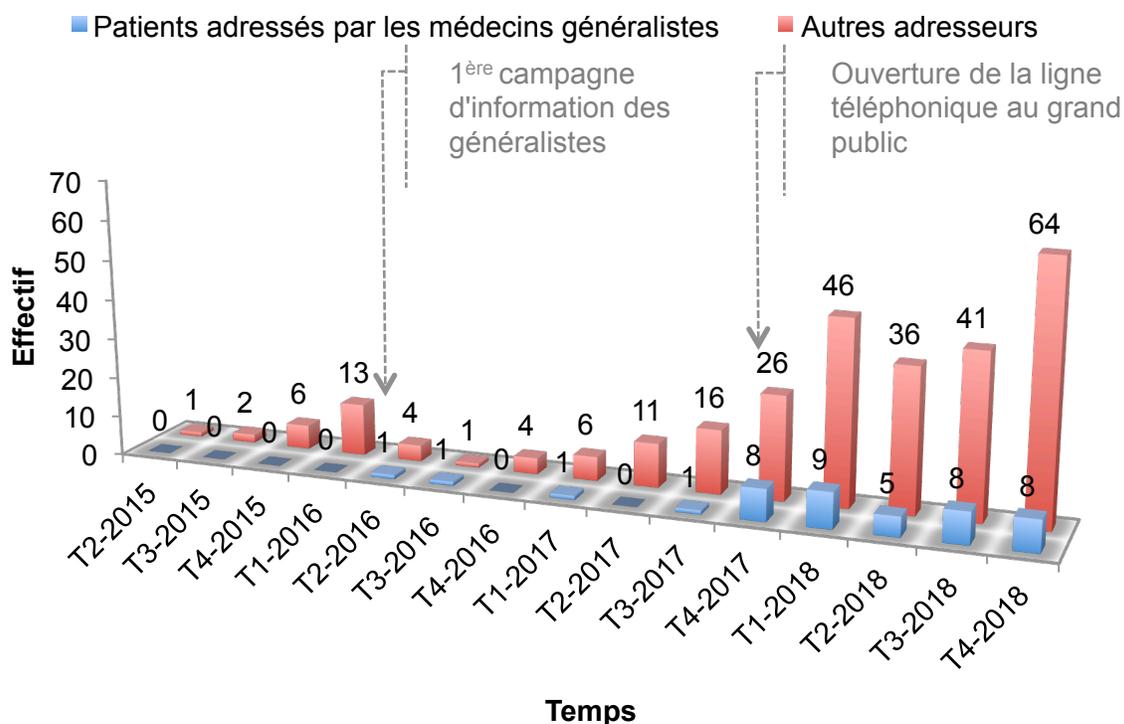


Figure 5 : Evolution du nombre de patients adressés au Dispositif 15-25 ans au cours du temps

Parmi les 3 patients adressés par les médecins généralistes sur cette période, il y avait :

- un garçon de 20 ans qui présentait une anxiété généralisée,
- une fille de 21 ans qui présentait un état mental à risque (groupe vulnérabilité) et un épisode dépressif caractérisé,
- un garçon de 16 ans pour lequel avait été diagnostiqué un premier épisode psychotique avec introduction d'un traitement antipsychotique atypique 9 jours avant la demande de prise en charge par le Dispositif 15-25 ans.

Ces données corroborent l'hypothèse d'une information claire (critères d'adressage au Dispositif 15-25 ans bien intégrés) mais d'une campagne d'information peu efficace pour atteindre le public ciblé : seulement 3 médecins généralistes ont sollicité le Dispositif 15-25 ans au cours de l'année suivant la campagne d'information alors que 20 médecins généralistes ont adressé 31 patients au cours de l'année suivant l'ouverture de la ligne téléphonique au grand public.

Une revue de la littérature publiée en 2006 a en effet démontré que l'apport de connaissances théoriques seul ne permet pas d'améliorer la gestion des troubles mentaux dans les soins primaires (Howe, Ashton, et Hooper 2006). Dans cette revue systématique évaluant l'efficacité d'interventions éducatives concernant la santé

mentale dans les soins primaires, les auteurs ont souligné l'importance de l'utilisation d'exemples et de données issus de leurs pratiques pour favoriser l'engagement des médecins généralistes dans la formation. Cette idée est soutenue par l'efficacité des stratégies d'information des médecins généralistes sur l'adressage des états mentaux à risque mettant en œuvre des rencontres individuelles (Reynolds et al. 2015; Perez et al. 2015). De cette manière, une information personnalisée est délivrée à chaque médecin avec un échange facilité autour des cas cliniques dont le médecin souhaite discuter.

Dans la plus vaste étude internationale évaluant les connaissances, la pratique et les préférences en terme d'information des médecins généralistes concernant les troubles psychotiques émergents, les médecins généralistes rapportaient préférer un accès à un dispositif ambulatoire spécialisé par rapport à une formation médicale continue concernant les troubles psychotiques émergents (Simon et al. 2009). Cela constitue un argument supplémentaire en faveur de rencontres individuelles entre médecins généralistes et spécialistes du centre de détection et d'intervention précoce afin de favoriser l'émergence d'un lien personnalisé entre professionnels et faciliter ainsi l'accès au dispositif pour les médecins généralistes et leurs patients.

Concernant le contenu de l'information à délivrer, cette même étude a montré l'importance de stratégies d'information diffusant un message clair et simple à destination des médecins généralistes (Simon et al. 2009). Les campagnes visant à favoriser un repérage le plus précoce possible des états mentaux à risque par les médecins généralistes doivent donc cibler les symptômes qui apparaissent le plus tôt dans l'évolution de la maladie : le déclin fonctionnel et le retrait social.

Par ailleurs, des chercheurs se sont basés sur la Théorie du Comportement Planifié pour explorer les facteurs qui influencent l'identification des états mentaux à risque par les médecins généralistes (Russo et al. 2012). Ils ont déterminé trois facteurs prédicteurs de l'intention des médecins généralistes d'identifier ces sujets à leur consultation, par ordre croissant d'influence :

- la confiance des médecins généralistes dans leur capacité à identifier et à orienter ces sujets (contrôle perçu du comportement),
- le fait qu'ils soient favorables à leur identification (attitude),
- l'intensité de la pression sociale ressentie par les médecins généralistes pour identifier précocement ces sujets (norme subjective).

Selon les auteurs, une forte intention des médecins généralistes d'identifier les états mentaux à risque est le principal facteur prédicteur du repérage de cette population dans les soins primaires. Les fondements de cette théorie sont modélisés dans la *Figure 6*.

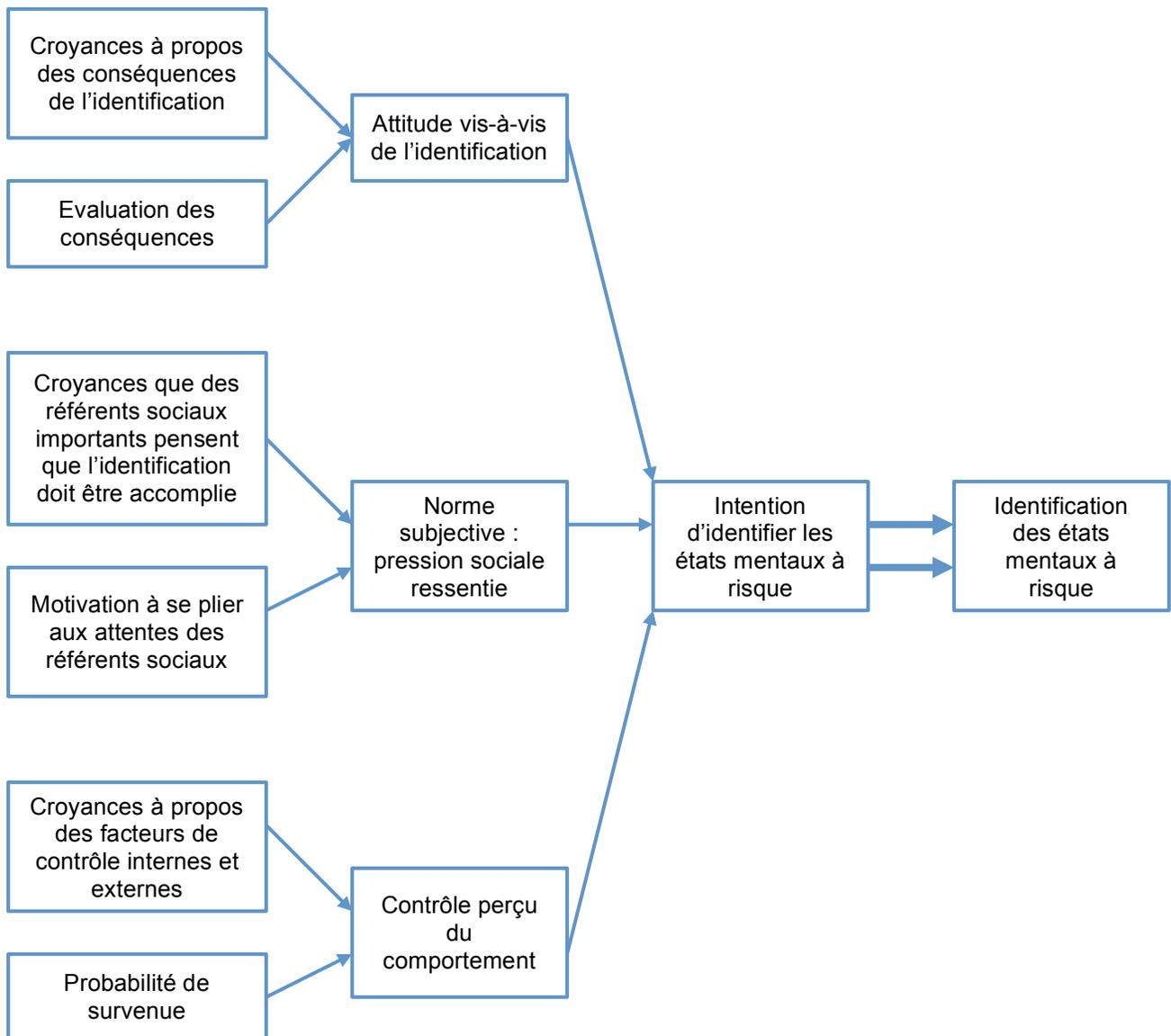


Figure 6 : Théorie du Comportement Planifié (traduit de Russo et al. 2012)

Nous avons imaginé une stratégie d'information innovante privilégiant un lien personnalisé avec les médecins généralistes au travers de rencontres individuelles et de mises en lien répétées par téléphone et par mail. Nous faisons l'hypothèse que la personnalisation du lien pourrait permettre, au delà des apports théoriques, de faciliter les échanges avec les participants autour de situations issues de leurs pratiques. Premièrement, une bonne alliance de travail avec les acteurs du Dispositif 15-25 ans pourrait motiver les médecins généralistes à identifier les troubles psychotiques émergents à leur cabinet. Deuxièmement, une meilleure compréhension du Dispositif 15-25 ans et de l'intérêt de son intervention pourrait les rendre plus favorables à la détection précoce des troubles psychotiques émergents. Enfin, en échangeant sur des situations concrètes qui les concernent, les médecins généralistes du Tarn-et-Garonne pourraient se sentir plus confiants face à l'identification et l'orientation de ces jeunes.

## 1.5. Hypothèses et objectifs de l'étude

### 1.5.1. Objectif principal

L'objectif principal de l'étude est d'évaluer l'effet à 3 mois d'une stratégie d'information privilégiant la personnalisation du lien sur l'**intention** des médecins généralistes d'identifier les sujets à risque de développer un premier épisode psychotique. Notre hypothèse est qu'une telle stratégie améliore l'intention des médecins généralistes d'identifier les sujets à risque de développer un premier épisode psychotique comparativement à une information impersonnelle.

### 1.5.2. Objectifs secondaires

#### ▪ Objectif secondaire n°1 :

Evaluer l'effet à 3 mois d'une stratégie d'information privilégiant la personnalisation du lien sur la **pression sociale ressentie** par les médecins généralistes pour la détection précoce des troubles psychotiques. Nous faisons l'hypothèse qu'une telle stratégie améliore la pression sociale perçue par les médecins généralistes pour la détection précoce des troubles psychotiques comparativement à une information impersonnelle.

#### ▪ Objectif secondaire n°2 :

Evaluer l'effet à 3 mois d'une stratégie d'information privilégiant la personnalisation du lien sur l'**attitude** des médecins généralistes vis-à-vis de la détection précoce des troubles psychotiques émergents. Nous nous attendons à ce que notre stratégie d'information rende les médecins généralistes plus favorables à la détection précoce des troubles psychotiques émergents comparativement à une information impersonnelle.

#### ▪ Objectif secondaire n°3 :

Evaluer l'effet à 3 mois d'une stratégie d'information privilégiant un lien personnalisé sur le **contrôle comportemental perçu** des médecins généralistes face à l'identification et l'orientation des sujets âgés de 15 à 25 ans à risque de développer un premier épisode psychotique. Notre hypothèse est qu'une telle stratégie améliore le sentiment de maîtrise des médecins généralistes face à l'identification et l'orientation des états mentaux à risque comparativement à une information impersonnelle.

#### ▪ Objectif secondaire n°4 :

Evaluer l'effet à 3 mois d'une stratégie d'information personnalisée sur l'**alliance de travail** entre médecins généralistes et membres du Dispositif 15-25 ans. Nous nous attendons à ce que notre stratégie d'information améliore l'alliance de travail entre les médecins généralistes et les acteurs du Dispositif 15-25 ans comparativement à une information impersonnelle.

- **Objectif secondaire n°5 :**

Décrire le **taux d'adressage** de patients au Dispositif 15-25 ans par les médecins généralistes sur 6 mois. Nous nous attendons à ce que notre stratégie d'information améliore le nombre de patients adressés par médecin comparativement à une information impersonnelle.

- **Objectif secondaire n°6 :**

Décrire **l'acceptabilité et la faisabilité** d'une stratégie d'information personnalisée à propos du Dispositif 15-25 ans.

## **2. Méthode**

## 2.1. Schéma de l'étude et participants

Il s'agit d'une étude randomisée, contrôlée sur une durée de 6 mois. Les participants ont été recrutés à partir des médecins exerçant une activité libérale de médecine générale dans le département du Tarn-et-Garonne.

Avant de participer à l'étude, les médecins ont bénéficié d'une information claire et complète concernant les modalités, les buts et le déroulement de l'étude et ont donné leur consentement de participation. Le bureau de la Direction Générale de la Santé responsable la qualité des pratiques et recherches biomédicales a été sollicité pour déterminer les démarches réglementaires à effectuer dans le cadre de la recherche. Il a été conclu qu'aux termes de l'article R.1121-1 du Code de la Santé Publique, cette étude ne relève pas de la loi relative aux recherches impliquant la personne humaine. À ce titre, elle n'a pas nécessité de demande d'autorisation auprès du Comité de Protection des Personnes.

## 2.2. Procédure de l'étude

Initialement, les médecins généralistes du Tarn-et-Garonne ont été contactés par téléphone au cours des mois de mars et avril 2018. L'interne en médecine investigateur leur a délivré des informations concernant les modalités de l'étude, ses objectifs et les retombées attendues et a répondu à leurs questions dans le but de leur donner une information claire et complète. Quand un médecin généraliste acceptait de participer à l'étude, son consentement exprès oral était recueilli par l'interne. Les médecins ont été informés qu'ils pouvaient retirer leur consentement à tout moment de l'étude.

Les coordonnées des médecins généralistes ont été récupérées à partir de la base de données constituée par la Plateforme Territoriale d'Appui du 82 (PTA 82). Les médecins généralistes ayant donné leur consentement ont été randomisés selon un ratio 1:1 entre deux stratégies d'information. La randomisation a été stratifiée selon la localisation géographique du médecin (distance en temps par rapport au Dispositif 15-25 ans : supérieure ou inférieure à 15 minutes en voiture). La distance de chaque médecin par rapport au Dispositif 15-25 ans a été définie à l'aide du logiciel *Mappy*<sup>®</sup>.

L'étude compare deux stratégies d'information. Dans le **groupe contrôle**, la stratégie impersonnelle a consisté à distribuer par voie postale :

- un bref courrier reprenant le principe de l'étude et précisant le contenu de l'enveloppe,
- une brochure d'information destinée au médecin généraliste présentée en *Annexe 1* et incluant les recommandations françaises concernant le repérage précoce des troubles psychotiques débutant, des indications sur la conduite de l'entretien clinique chez les jeunes présentant des symptômes prodromiques ou des symptômes psychotiques débutant, les critères d'adressage au Dispositif 15-25 ans et les coordonnées du dispositif,
- des exemplaires d'une brochure d'information du Dispositif 15-25 ans destinée aux patients et/ou à leur entourage présentée en *Annexe 2* et comportant une description des missions et de l'offre de soins du dispositif, les signes devant alerter sur un trouble psychiatrique débutant et les coordonnées du dispositif.

Dans le **groupe intervention**, la stratégie privilégiant la personnalisation du lien a consisté à organiser des rencontres individuelles avec chaque médecin généraliste et un lien par mail et/ou par téléphone à 2 mois des rencontres.

Les médecins du groupe intervention ont été contactés par téléphone afin de convenir des modalités de la rencontre (lieu, date, heure, durée, personnes présentes). Deux intervenants spécialistes (l'interne en médecine investigateur et un infirmier référent de continuité du Dispositif 15-25 ans) animaient systématiquement les échanges avec les médecins généralistes. La plupart des rencontres ont eu lieu au cabinet du médecin généraliste, sur un créneau de consultation ou au moment de la pause déjeuner. Les rencontres pouvaient aussi avoir lieu dans les locaux du Dispositif 15-25 ans à l'hôpital de Montauban.

Lorsque les rencontres avaient lieu au cabinet du médecin généraliste, le véhicule léger hospitalier affecté au Dispositif 15-25 ans était utilisé pour effectuer les trajets de l'hôpital de Montauban au cabinet médical. La durée des rencontres était prévue pour correspondre au créneau moyen des consultations de médecine générale en France, soit environ 15 à 19 minutes (Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques 2006). Cependant, elle restait flexible et variait en fonction de la disponibilité du médecin généraliste. Toutes les rencontres avaient globalement la même structure avec :

- un temps de présentation orale s'appuyant sur des diapositives au format papier présentées en *Annexe 3* avec des informations sur les enjeux du repérage précoce, les recommandations françaises concernant le repérage précoce des troubles psychotiques, les signes cliniques permettant l'identification des états mentaux à risque et des premiers épisodes psychotiques, le fonctionnement du Dispositif 15-25 ans, les membres du dispositif et les coordonnées,
- la remise d'un exemplaire de la brochure d'information destinée au médecin généraliste et de plusieurs exemplaires de la brochure d'information destinée aux patients et/ou à leur entourage,
- un temps d'échange autour de situations cliniques amenées par les médecins généralistes concernant soit des patients déjà adressés sur le dispositif, soit de potentielles demandes.

Les liens à 2 mois consistaient à rappeler, si nécessaire, les principales notions concernant le repérage clinique des troubles psychotiques émergents et les modalités d'adressage au Dispositif 15-25 ans et à échanger autour d'éventuelles situations cliniques.

Le message clé concernant la détection des états mentaux à risque diffusé à la fois dans la brochure d'information destinée aux médecins généralistes du groupe contrôle et au cours des rencontres avec les médecins généralistes du groupe intervention était simple et clair : « si un déclin inattendu du fonctionnement d'un jeune est observé, adressez le sans délai au Dispositif 15-25 ans pour une évaluation spécialisée ».

### 2.3. Données recueillies

Un recueil prospectif du nombre de patients adressés au Dispositif 15-25 ans par les médecins généralistes a été effectué tout au long de l'étude.

Après inclusion et randomisation (T0), un courrier électronique a été envoyé à l'ensemble des médecins généralistes ayant donné leur consentement. Il reprenait le principe de l'étude, indiquait un numéro d'anonymat unique à chaque médecin généraliste et comprenait un lien vers un questionnaire auto-administré anonyme à remplir en ligne. Le questionnaire disponible en *Annexe 4* a été conçu avec le logiciel *Google Forms*<sup>®</sup> et comporte 40 items qui évaluent :

- les caractéristiques démographiques des médecins et leurs modalités d'exercice (3 items),
- leur expérience concernant la psychiatrie et la schizophrénie (4 items),
- leur familiarité avec les concepts de « signes prodromiques de la schizophrénie » et « d'état mental à risque de psychose » et avec le Dispositif 15-25 ans (2 items),
- leur attitude vis-à-vis de l'identification des états mentaux à risque à leur consultation (7 items),
- la pression sociale qu'ils ressentent pour identifier des états mentaux à risque pendant leur consultation (4 items),
- le contrôle perçu de l'identification des états mentaux à risque pendant leur consultation et à l'utilisation du Dispositif 15-25 ans (8 items),
- leur intention d'identifier des états mentaux à risque pendant leurs consultations (4 items),
- l'alliance de travail avec le Dispositif 15-25 ans (7 items).

Les items dédiés à la mesure des critères de jugements ont été évalués selon une échelle de Likert avec des notes allant de 1 (« Pas du tout ») à 7 (« Tout à fait »).

Les items évaluant l'intention, la pression sociale ressentie, l'attitude et le contrôle comportemental perçu ont été traduits à partir d'un questionnaire validé en anglais, basé sur la Théorie du Comportement Planifié et visant à évaluer les facteurs qui influencent l'identification des sujets UHR dans les soins primaires (Russo et al. 2012). La traduction en français a été effectuée par l'interne en médecine investigateur et vérifiée à l'aide d'une traduction inverse par un médecin psychiatre bilingue anglais-français.

Les items évaluant l'alliance de travail ont été adaptés à partir de la version thérapeute de l'échelle *Working Alliance Inventory* (WAI) dont la traduction en français a été validée (Alix 2015). La WAI a été développée d'après la théorie de Bordin (1979) selon laquelle l'alliance de travail serait fondée sur trois aspects : les tâches, les objectifs et le lien. 7 items sur les 36 de la WAI ont été sélectionnés car plus adaptés à l'étude de l'alliance de travail entre deux thérapeutes : 2 items de la sous-échelle « tâche », 2 items de la sous-échelle « lien » et 3 items de la sous-échelle « objectif ».

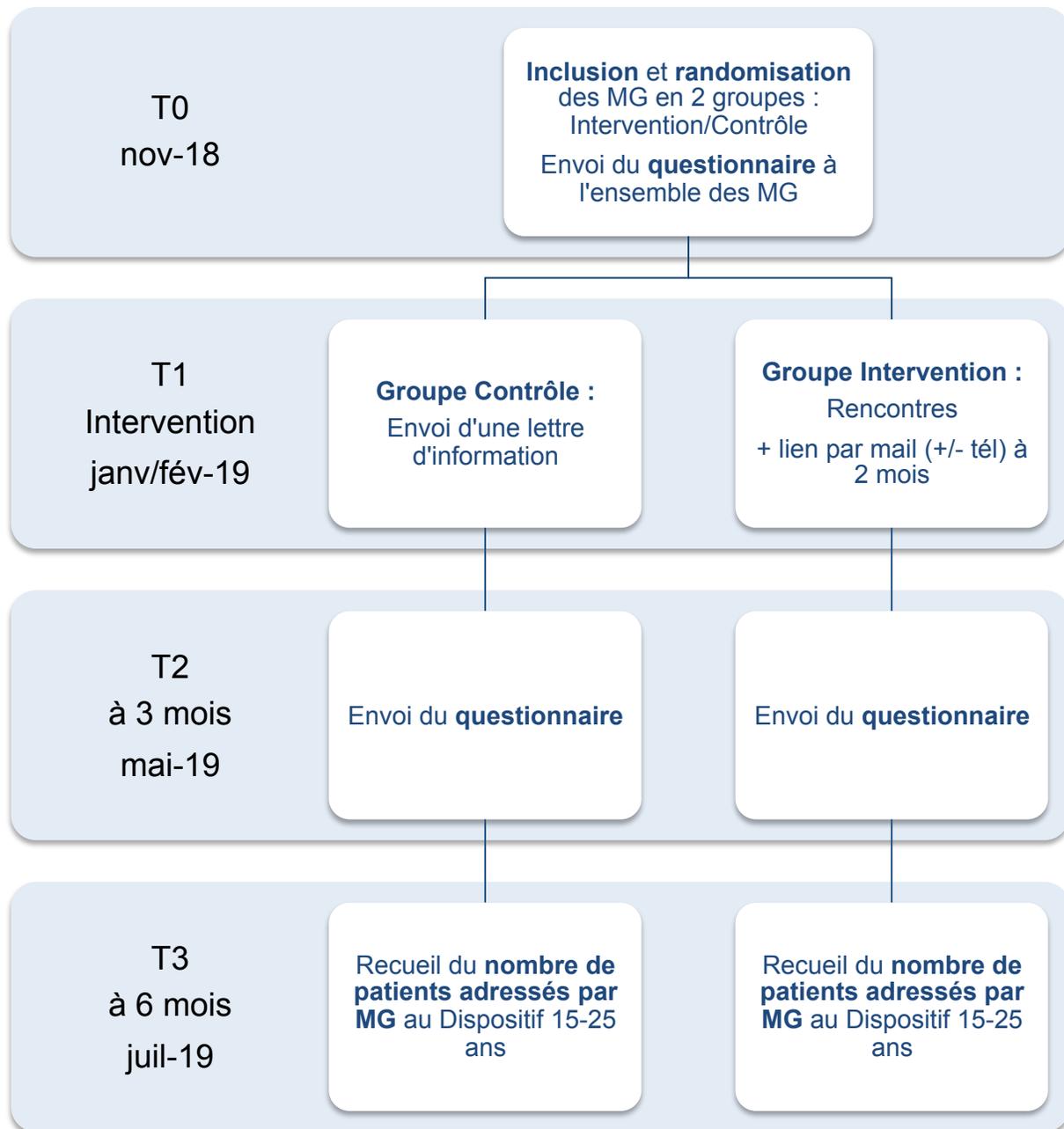
Le questionnaire a été testé par un médecin généraliste indépendant de l'étude et de l'investigateur. Ce test a permis d'ajuster la formulation des items qui posaient des difficultés de compréhension et d'estimer la durée de renseignement du questionnaire à environ 7 minutes.

A 3 mois de l'intervention (T2), le questionnaire a été renvoyé par mail aux médecins généralistes participants. Un item supplémentaire proposant des réponses à choix multiples a évalué les modalités d'information reçues dans le cadre de l'étude. Des relances par téléphone et par mail ont été effectuées après l'envoi de chaque questionnaire afin de motiver les médecins généralistes à y répondre.

Un délai de 3 mois a été respecté entre le début de l'intervention et l'envoi du questionnaire afin de tenir compte de la durée des stratégies d'information. Nous avons souhaité limiter à un mois la mise en place des rencontres avec les médecins du groupe intervention afin que l'information soit délivrée de manière concomitante dans les deux groupes. En tenant compte du lien effectué à 2 mois dans le groupe intervention, la durée totale des stratégies d'information était de 3 mois.

Pour définir la durée de recueil du nombre de patients adressés par médecin, nous avons souhaité prendre en compte la prévalence des états mentaux à risque dans la population générale. Nous n'avons pas retrouvé dans la littérature de données permettant de déterminer ce taux. Nous nous sommes donc basés sur l'étude préliminaire menée en 2016 où 63% des médecins généralistes répondants déclaraient rencontrer des patients pour lesquels ils suspectaient un état mental à risque plus d'une fois par an (Shitalou 2016) et sur une étude internationale menée en 2008 où le nombre moyen de patients vu par des médecins généralistes et suspectés d'être dans les stades précoces d'une schizophrénie était de 1,5 par an (Simon et al. 2009). Un délai de 6 mois a donc été observé entre la mise en place des stratégies d'information et le recueil du nombre de patients adressés par médecin généraliste au Dispositif 15-25 ans.

La *Figure 7* reprend les différentes étapes du protocole de la recherche.



MG : Médecins Généralistes

Figure 7 : Flowchart de l'étude

## **2.4. Critères de jugement**

### **2.4.1. Critère de jugement principal**

Le critère de jugement principal est la somme des scores aux 4 items évaluant l'intention (29, 30 inversé, 31, 32), comme indiqué dans l'article décrivant le développement de l'échelle.

### **2.4.2. Critères de jugement secondaires**

- Le critère de jugement correspondant à l'objectif secondaire n°1 est la somme des scores aux 4 items évaluant la pression sociale ressentie (17, 18, 19 inversé et 20) comme indiqué dans l'article décrivant le développement de l'échelle (Russo et al. 2012).
- Le critère de jugement correspondant à l'objectif secondaire n°2 est la somme des scores aux 7 items évaluant l'attitude (10, 11, 12, 13, 14 inversé, 15 inversé et 16) comme indiqué dans l'article décrivant le développement de l'échelle (Russo et al. 2012).
- Le critère de jugement correspondant à l'objectif secondaire n°3 est la somme des scores aux 8 items évaluant le contrôle comportemental perçu (21 inversé, 22, 23, 24, 25, 26 inversé, 27 et 28) comme indiqué dans l'article décrivant le développement de l'échelle (Russo et al. 2012).
- Le critère de jugement correspondant à l'objectif secondaire n°4 est la somme des scores aux 7 items évaluant l'alliance de travail (34, 35 inversé, 36, 37 inversé, 38 inversé, 39 et 40) comme indiqué pour la cotation de l'échelle WAI (Alix 2015).
- Nombre de patients adressés au Dispositif 15-25 ans par médecin dans le groupe intervention et le groupe contrôle sur 6 mois (objectif secondaire n°5)
- Nombre de médecins ayant participé à la stratégie d'information personnalisée, description de ceux ayant refusé de participer et des sorties d'étude (objectif secondaire n°6).

## **2.5. Taille de l'étude**

La moyenne attendue dans le groupe contrôle était de 21,2 (écart-type : 4,7) (Russo et al. 2012; N=79). Pour montrer une différence de 4 points entre les deux groupes à 3 mois sur le score d'intention, 62 sujets (31 par groupe) étaient nécessaires pour obtenir une puissance de 90 % avec un risque alpha unilatéral fixé à 5 % et en prenant en compte un R<sup>2</sup> de 0 avec le groupe intervention (cas le plus défavorable) avec un F test

dans une analyse de covariance. Afin de tenir compte d'un taux de participation de l'ordre de 30 %, la participation à l'étude sera proposée à l'ensemble de la population cible (soit 198 médecins généralistes d'exercice libéral). Une différence de 4 points correspond en moyenne à une amélioration d'1 point sur chaque item du score.

## 2.6. Aspects statistiques

Les caractéristiques des médecins inclus sont décrites dans les résultats. Les données quantitatives sont exprimées en moyenne +/- écart-type ou en médiane et intervalle interquartile en fonction de leur distribution. Les données qualitatives sont exprimées en effectifs et pourcentages.

L'équilibre de la randomisation a été vérifié dans les strates par le biais de tests de Student, nous permettant d'obtenir une *p-value* (valeur de *p*). Si cette dernière est inférieure à 0.05, cela signifie que les groupes ne sont pas équilibrés.

Un diagramme de flux a permis de décrire le nombre de médecins au cours de l'étude (objectif secondaire n°6.).

L'analyse finale a été réalisée en intention de traiter afin de maintenir la comparabilité initiale des deux groupes établie par la randomisation mais aussi pour tenir compte des écarts au protocole liés au contenu de l'intervention. L'objectif était d'avoir une meilleure estimation de l'applicabilité et donc de l'efficacité réelle de notre stratégie d'information auprès de la population des médecins généralistes du Tarn-et-Garonne.

L'analyse principale a reposé sur la comparaison du score d'intention à 3 mois entre les 2 groupes par une analyse de la covariance permettant de tenir compte du score d'intention initial. Des analyses similaires ont été conduites pour les objectifs secondaires n°1 à n°5. Nous avons utilisé des modèles de régression linéaire simple et multiple. Selon l'objectif, la variable quantitative *Y* (dite « à expliquer ») a été mise en relation avec des variables *X* dites « explicatives » permettant d'obtenir un modèle de la forme :

$$Y = \alpha + \beta_1 X_1 + \beta_2 X_2 + \dots + \beta_n X_n + \varepsilon$$

avec  $\alpha$  et  $\beta$  comme paramètres inconnus, *n* le nombre de variables explicatives et  $\varepsilon$  le résidu

Pour chacune des analyses, la variable « à expliquer » correspond au score de l'objectif au temps T2. Pour chaque objectif, nous avons tout d'abord fait une analyse brute par régression linéaire simple pour étudier l'association entre le bras de randomisation et le score à T2. Ensuite, pour chacun des objectifs, nous avons introduit les variables explicatives dans une régression linéaire multiple. Ces variables seront explicitées ultérieurement.

Pour l'analyse du nombre de patients adressés par médecin, nous avons créé une variable « delta\_patients » qui correspond à la différence entre la période d'étude et les 6 mois précédents sur le nombre de patients adressés par médecin. Un chiffre positif correspond à un nombre plus élevé de patients adressés pendant qu'avant l'étude. Puis

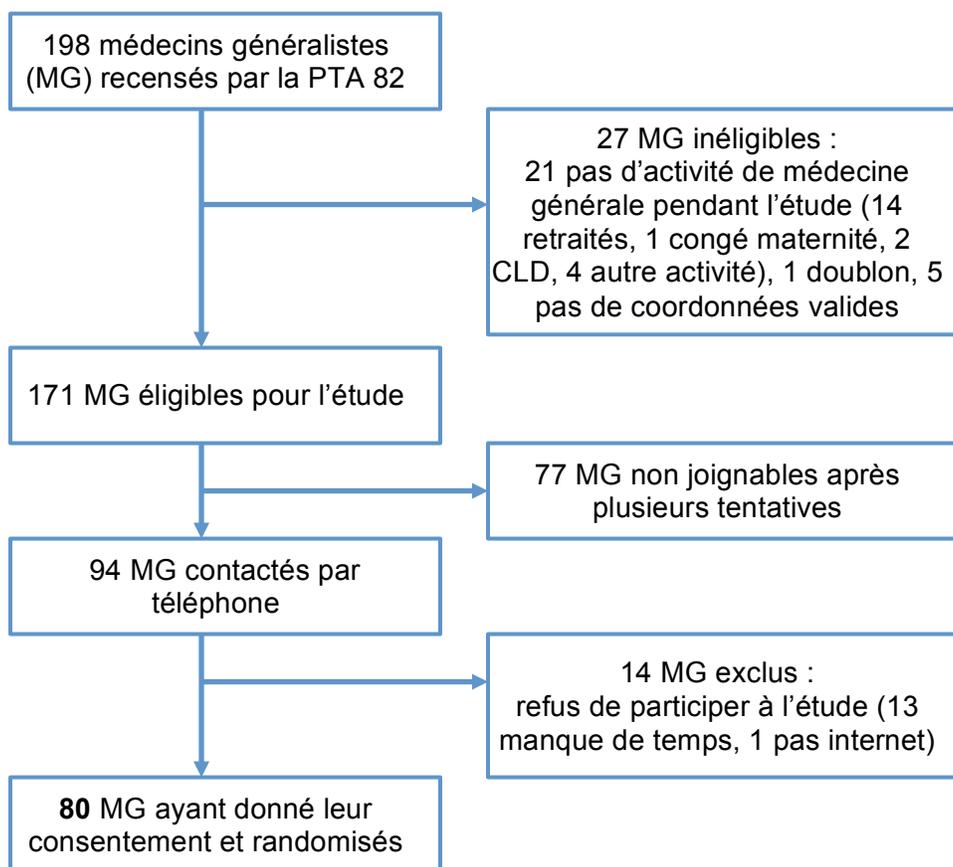
nous avons comparé ces nombres de patients par médecin par des tests des rangs de Mann-Whitney-Wilcoxon.

Les analyses statistiques ont été réalisées à l'aide du logiciel STATA version 14.2 (StataCorp LP, College Station, TX, USA). Elles ont été effectuées en collaboration avec l'Unité de Soutien méthodologique à la Recherche Clinique du CHU Toulouse.

## **3. Résultats**

Parmi les 198 médecins généralistes du Tarn-et-Garonne listés par la PTA 82, 171 ont été retenus comme éligibles pour constituer la population d'étude. 27 médecins généralistes ont été considérés comme non éligibles : 14 étaient déjà retraités, 1 était en congé maternité pendant la période d'étude, 2 étaient en congé longue durée pendant la période d'étude, 4 n'exerçaient pas une activité de médecine générale (1 était gériatre, 1 était médecin du sport, 2 étaient homéopathes), 1 était un doublon car il exerçait sur deux cabinets distincts et pour 5 médecins généralistes, on ne retrouvait pas de coordonnées téléphoniques permettant de les joindre (numéro fourni par la PTA 82 non attribué et pas d'autre numéro retrouvé sur les annuaires téléphoniques en ligne).

Parmi les 171 médecins généralistes inclus dans la population d'étude, 77 n'ont pas pu être joints après de multiples tentatives (au moins 2 tentatives par médecin). Sur les 94 médecins généralistes contactés par téléphone, 14 n'ont pas donné leur consentement pour participer à l'étude : 13 ont expliqué leur refus par une charge de travail trop élevée et un manque de temps, 1 n'avait pas accès à une adresse mail et ne pouvait pas remplir de questionnaire en ligne. Au final, 80 médecins généralistes (47%) ont donné leur consentement pour être randomisés entre le groupe contrôle et le groupe intervention entre mars et avril 2018. Le diagramme de flux de l'étude jusqu'à la randomisation est représenté dans la *Figure 8*.



CLD : Congé Longue Durée

Figure 8 : Diagramme de flux de l'étude jusqu'à la randomisation

Le protocole d'étude a été suspendu pendant 6 mois de mai à novembre 2018. Une première série de courriers électroniques contenant les liens pour le questionnaire a été envoyée le 6 novembre 2018 à tous les médecins généralistes ayant donné leur consentement pour participer à l'étude. Elle a été suivie de relances hebdomadaires par mail pendant un mois puis de relances téléphoniques au cours du mois de décembre 2018. Une dernière relance par mail a été effectuée le 7 janvier 2019. Au total, 54 réponses – 27 dans le groupe contrôle et 27 dans le groupe intervention – ont été recueillies entre le 06 novembre 2018 et le 08 janvier 2019 (T0).

10 médecins généralistes – 5 dans chaque groupe – sont sortis de l'étude au cours de la période de relance. Parmi les médecins généralistes exclus du groupe contrôle, 1 était retraité entre-temps, 4 ont retiré leur consentement pour participer à l'étude (3 mettaient en avant une charge de travail trop élevée et un manque de temps, 1 n'a pas donné de motif). Parmi ceux exclus du groupe intervention, 2 étaient en arrêt maladie pour une durée supérieure ou égale à un mois pendant la durée de l'étude, 1 était retraité entre-temps, 2 ont retirés leur consentement pour participer à l'étude (ils mettaient en avant une charge de travail trop élevée et un manque de temps). Au final, 35 médecins généralistes du groupe contrôle et 35 du groupe intervention (soit 70 médecins généralistes) ont été inclus dans l'analyse en intention de traiter.

Les contacts téléphoniques avec les médecins du groupe intervention pour convenir des modalités des rencontres ont débuté le 21 janvier 2019. Les rencontres ont eu lieu entre le 24 janvier et le 22 février 2019. Les rencontres ont duré en moyenne 20 minutes avec 10 minutes de présentation orale et 10 minutes d'échanges. Le temps de trajet entre l'hôpital de Montauban et le cabinet médical (aller-retour) était en moyenne de 62 minutes (écart-type 29 minutes). Parallèlement, les courriers destinés aux médecins généralistes du groupe contrôle ont été envoyés par voie postale le 12 février 2019. Un lien par mail a été effectué avec les médecins du groupe intervention le 12 avril 2019. Au cours de la période d'étude, 5 médecins généralistes du groupe intervention ont sollicité par téléphone l'équipe du Dispositif 15-25 ans pour un avis concernant de potentiels patients à adresser.

Des courriers électroniques comprenant un lien vers le questionnaire ont été à nouveau envoyés le 15 mai 2019 pour le second temps de recueil de l'étude. Des relances hebdomadaires par téléphone et par mail ont été effectuées au cours des mois de mai et juin 2019. Une dernière relance par téléphone a eu lieu le 27 juin 2019. Au total, 51 réponses – 27 dans le groupe contrôle et 24 dans le groupe intervention – ont été recueillies entre le 15 mai et le 30 juin 2019.

Le nombre de patients adressés au Dispositif 15-25 ans par les médecins généralistes a été recueilli entre le 24 janvier et le 24 juillet 2019.

Le diagramme de flux de l'étude après la randomisation est représenté dans la *Figure 9*.

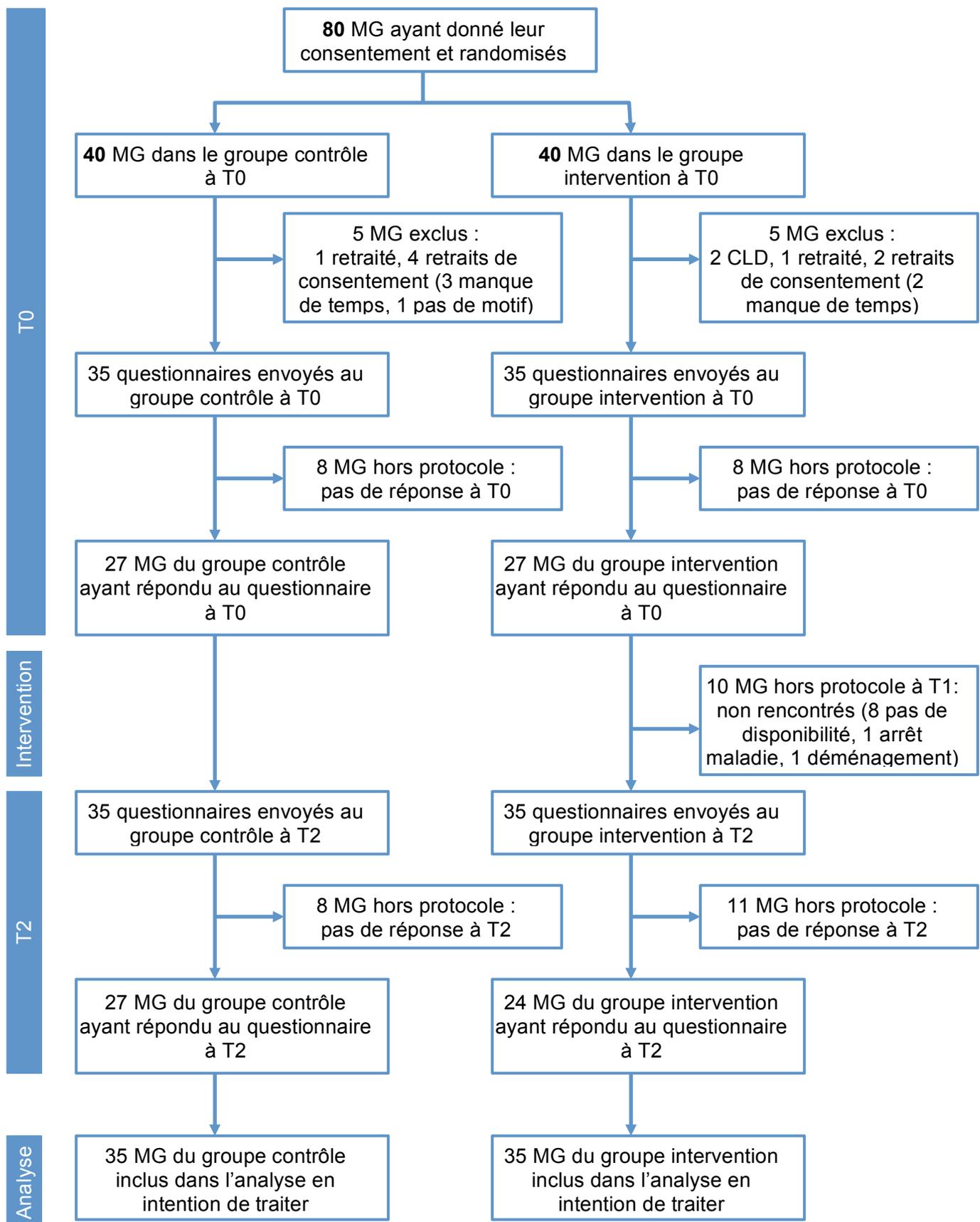


Figure 9 : Diagramme de flux de l'étude après la randomisation

### 3.1. Caractéristiques des médecins généralistes répondeurs

Parmi les 54 médecins généralistes répondeurs à T0, il y avait 25 hommes et 29 femmes. L'âge moyen était de 52,37 ans (écart-type 10,11 ans) dans le groupe contrôle et de 49,03 ans (écart-type 12,93 ans) dans le groupe intervention, sans différence significative entre les deux groupes ( $p = 0,290$ ). Les caractéristiques des médecins généralistes répondeurs permettant de vérifier la comparabilité des deux groupes sont résumées dans le *Tableau IV*. Nous avons retrouvé une proportion significativement plus élevée de médecins connaissant les concepts de « signes prodromiques de la schizophrénie » et « d'état mental à risque » dans le groupe intervention (51,85%,  $n = 14$ ) par rapport au groupe contrôle (22,22%,  $n = 6$ ) ( $p = 0,024$ ). Afin de tester la fiabilité de cette variable, nous l'avons croisée avec la variable « Pour identifier un patient présentant un état mental à risque pendant ma consultation je serais à l'aise ». Ce test a confirmé la fiabilité de la variable avec un score significativement plus élevé chez les médecins généralistes connaissant les concepts (4,7) par rapport à ceux qui ne les connaissaient pas (3,58) ( $p = 0,008$ ).

*Tableau IV : Comparabilité initiale des groupes contrôle et intervention (T0)*

Variable	Modalités	Groupe contrôle		Groupe intervention		Valeur de p
		N	%	N	%	
Sexe	Homme	14	51,85	11	40,74	0,410
	Femme	13	48,15	16	59,26	
Stage en psychiatrie	Oui	5	18,52	10	37,04	0,129
	Non	22	81,48	17	62,96	
Premier recours dans une schizophrénie débutante	Oui	17	62,96	19	70,37	0,564
	Non	10	37,04	8	29,63	
Diagnostic de schizophrénie débutante	1-2 fois/an	5	18,52	8	29,63	0,340
	Non	22	81,48	19	70,37	
Schizophrénie dans l'entourage	Oui	12	44,44	11	40,74	0,783
	Non	15	55,56	16	59,26	
Connaissance des concepts « signes prodromiques de schizophrénie » et « état mental à risque »	Oui	6	22,22	14	51,85	0,024
	Non	21	77,78	13	48,15	
Connaissance du Dispositif 15-25 ans	Oui	12	44,44	18	66,67	0,100
	Non	15	55,56	9	33,33	
A déjà travaillé avec le Dispositif 15-25 ans	Oui	3	11,11	9	33,33	0,050
	Non	24	88,89	18	66,67	

La valeur de p permet de déterminer la significativité de la relation (significatif si  $p < 0,05$ ).

A T0, il n'y avait pas de différence significative entre les groupes contrôle et intervention pour les variables correspondant aux critères de jugements intention, pression sociale ressentie, attitude, contrôle comportemental perçu et alliance de travail. Les résultats obtenus à T0 pour ces variables sont modélisés dans le *Tableau V*.

*Tableau V : Comparabilité initiale des groupes contrôles et intervention concernant les critères de jugement issus du questionnaire d'étude (T0)*

Variable	Groupe contrôle					Groupe intervention					p
	Moy	SD	Min	Med	Max	Moy	SD	Min	Med	Max	
Score d'intention (/49)	17,44	3,16	10	18	23	18,62	3,10	10	19	24	0,170
Score de pression sociale ressentie (/28)	11,18	3,58	4	11	18	10,29	2,7	7	10	16	0,310
Score d'attitude (/56)	31,51	3,15	27	32	38	31,88	4,06	24	32	42	0,700
Score de contrôle comportemental perçu (/28)	28,88	3,29	21	29	34	28,62	3,13	22	29	34	0,770
Score d'alliance de travail (/49)	35,66	4,16	31	37	39	30,88	6,23	19	30	40	0,370

Moy : moyenne ; SD : *Standard Deviation* (écart-type) ; Min : valeur minimale ; Med : valeur médiane ; Max : valeur maximale.

La valeur de p permet de déterminer la significativité de la relation (significatif si  $p < 0,05$ ).

Parmi les 80 médecins généralistes randomisés à T0, 20 n'ont répondu ni au questionnaire envoyé à T0, ni à celui envoyé à T2. Nous n'avons pas retrouvé de différence significative entre les médecins généralistes ayant répondu à au moins l'un des questionnaires et ceux n'ayant répondu à aucun des deux concernant la distance par rapport au Dispositif 15-25 ans ( $p = 0,199$ ) et concernant leur répartition entre les deux groupes d'étude ( $p = 0,606$ ).

Les caractéristiques à T2 des médecins généralistes non répondants à T0 par rapport aux autres ont été étudiées, de même que les caractéristiques à T0 des médecins généralistes non répondants à T2 par rapport aux autres. Au total, nous n'avons pas retrouvé de différence significative entre les médecins généralistes ayant répondu aux questionnaires et ceux n'ayant pas répondu sauf pour une variable : la proportion de

sujets connaissant le Dispositif 15-25 ans était plus importante dans le groupe des médecins généralistes ayant répondu à T0 par rapport à ceux n'ayant pas répondu.

### 3.2. Résultat principal de l'étude

En moyenne, le fait d'être dans le groupe intervention est associé à une augmentation de 0,74 du score d'**intention** à T2 par rapport au groupe contrôle de manière non significative ( $p = 0,362$ ).

### 3.3. Résultats secondaires de l'étude

En moyenne, le fait d'être dans le groupe intervention est associé à une augmentation de 0,06 du score de **pression sociale ressentie** à T2 par rapport au groupe contrôle de manière non significative ( $p = 0,942$ ).

En moyenne, le fait d'être dans le groupe intervention est associé à une augmentation de 1,29 du score d'**attitude** à T2 par rapport au groupe contrôle de manière non significative ( $p = 0,330$ ).

En moyenne, le fait d'être dans le groupe intervention est associé à une augmentation de 1,12 du score de **contrôle comportemental perçu** à T2 par rapport au groupe contrôle de manière non significative ( $p = 0,082$ ).

En moyenne, le fait d'être dans le groupe intervention est associé à une augmentation de 1,02 du score d'**alliance de travail** à T2 par rapport au groupe contrôle de manière non significative ( $p = 0,618$ ).

Les résultats obtenus sont détaillés dans le *Tableau VI*.

*Tableau VI : Résultats concernant les critères de jugement issus du questionnaire d'étude (T2)*

Critère de jugement	$\beta^*$	Intervalle de confiance	Valeur de p
Intention	0,74	-0,87 – 2,35	0,362
Pression sociale ressentie	0,06	-1,59 – 1,71	0,942
Attitude	1,29	-1,35 – 3,94	0,330
Contrôle comportemental perçu	1,12	-0,14 – 2,38	0,082
Alliance de travail	1,02	-3,17 – 5,22	0,618

\* $\beta$  est un coefficient indiquant avec quelle force et dans quel sens le fait d'être dans le groupe intervention fait varier le score correspondant au critère de jugement par rapport au groupe contrôle. La valeur de p permet de déterminer la significativité de la relation (significatif si  $p < 0,05$ ).

Entre le 24 juillet 2018 et le 24 janvier 2019 (soit pendant les 6 mois précédents l'intervention), 14 patients – 5 garçons et 9 filles âgés en moyenne de 18,5 ans (écart-type 2,66 ans) – ont été adressés au Dispositif 15-25 ans par des médecins généralistes :

- 4 patients ont été adressés par 2 médecins généralistes du groupe contrôle,
- 6 ont été adressés par 5 médecins généralistes du groupe intervention,
- 4 ont été adressés par 4 médecins généralistes non inclus dans la population d'étude.

Entre le 24 janvier et le 24 juillet 2019, 36 patients – 15 garçons et 21 filles âgés en moyenne de 19,84 ans (écart-type 2,29 ans) – ont été adressés au Dispositif 15-25 ans par des médecins généralistes du département Tarn-et-Garonne :

- 10 patients ont été adressés par 6 médecins généralistes du groupe contrôle,
- 9 ont été adressés par 6 médecins généralistes du groupe intervention,
- 17 ont été adressés par 11 médecins généralistes non inclus dans la population d'étude.

La différence entre le **nombre de patients adressés par médecin** pendant l'étude et 6 mois avant (delta\_patients) était plus élevée dans le groupe contrôle par rapport au groupe intervention mais pas de manière significative ( $p = 0,089$ ). Les différents résultats obtenus pour l'objectif secondaire n°5 sont présentés dans le *Tableau VII*.

*Tableau VII : Nombre de patients adressés par médecin avant et après l'intervention*

Variable	Groupe contrôle		Groupe intervention		Valeur de p
	Moy	SD	Moy	SD	
nombre patients adressés par MG 6 mois avant	0,11	0,53	0,17	0,45	0,254
nombre patients adressés par MG pendant l'étude	0,31	0,68	0,23	0,76	0,479
delta_patients	0,20	0,58	0,06	0,73	0,089

Moy : moyenne ; SD : *Standard Deviation* (écart-type) ; MG : médecin généraliste

delta\_patients : différence entre la période d'étude et les 6 mois précédents sur le nombre de patients adressés par médecin (un chiffre positif correspond à un nombre plus élevé de patients adressés pendant qu'avant l'étude).

Au cours de la phase d'intervention de l'étude, 10 médecins généralistes du groupe intervention n'ont pas pu être rencontrés : 6 mettaient en avant une charge de travail trop élevée et un manque de temps, 1 ne recevait pas sur rendez-vous ce qui rendait difficile l'organisation d'une rencontre, 1 a annulé le rendez-vous initialement prévu pour cause d'arrêt maladie, 1 prévoyait de partir exercer hors du département sous peu, 1 n'a pas donné suite à la demande de rendez-vous. Au final, 25 médecins généralistes (71%

des médecins du groupe intervention) ont participé à la stratégie d'information personnalisée.

### 3.4. Résultats des analyses ajustées

Des analyses ajustées ont été effectuées de tenir compte des facteurs de confusion potentiels et d'améliorer la précision de l'estimation de l'effet de l'intervention. Les variables explicatives incluses pour chaque score à T2 étaient :

- le bras de randomisation (groupe contrôle ou groupe intervention),
- le score de l'objectif étudié au temps T0 afin de tenir compte du niveau de base du score,
- la distance en temps par rapport au Dispositif 15-25 ans afin de tenir compte de la stratification de la randomisation
- la connaissance des concepts de « signes prodromiques de la schizophrénie » et « d'état mental à risque de psychose » car elle nous semblait représenter un facteur de confusion potentiel étant donné que les deux groupes de randomisation n'était pas équilibrés sur cette variable.

Nous avons vérifié les conditions d'application de la régression linéaire, à savoir la normalité de distribution des résidus et l'homoscédasticité des résidus. Nous avons par ailleurs vérifié que les variables « connaissances des concepts » et le score à T0 n'exerçaient pas un effet d'interaction sur la relation entre le bras de randomisation et le score de l'objectif à T2. Aucune interaction significative n'a été mise en évidence.

Les modèles de régression linéaire multiple ont permis d'estimer un coefficient pour le groupe intervention ajusté sur le score à T0, la distance par rapport au Dispositif 15-25 ans et la connaissance des concepts « signes prodromiques de la schizophrénie » et « état mental à risque » à T0.

Les résultats des analyses ajustées sont présentés dans le *Tableau VIII*.

*Tableau VIII : Résultats des analyses ajustées concernant les critères de jugements issus du questionnaire d'étude*

Critère de jugement	$\beta^*$	Intervalle de confiance	Valeur de p
Intention	-0,22	-1,80 – 1,36	0,779
Pression sociale ressentie	-0,05	-1,76 – 1,65	0,950
Attitude	-0,32	-2,84 – 2,20	0,799
Contrôle comportemental perçu	1,30	-0,19 – 1,80	0,086
Alliance de travail	-4,22	-11,66 – 3,22	0,205

\* $\beta$  est un coefficient indiquant avec quelle force et dans quel sens le fait d'être dans le groupe intervention fait varier le score correspondant au critère de jugement par rapport au groupe contrôle. La valeur de p permet de déterminer la significativité de la relation (significatif si  $p < 0,05$ ).

Au final, les variables prises en compte dans l'ajustement ne faisaient pas varier les scores d'intention, de pression sociale ressentie, d'attitude, de contrôle comportemental perçu et d'alliance de travail de manière significative.

### 3.5. Description des patients adressés au Dispositif 15-25 ans par les médecins généralistes

L'évolution du nombre de patients adressés au Dispositif 15-25 ans avant et après l'intervention est représentée dans la *Figure 10*.

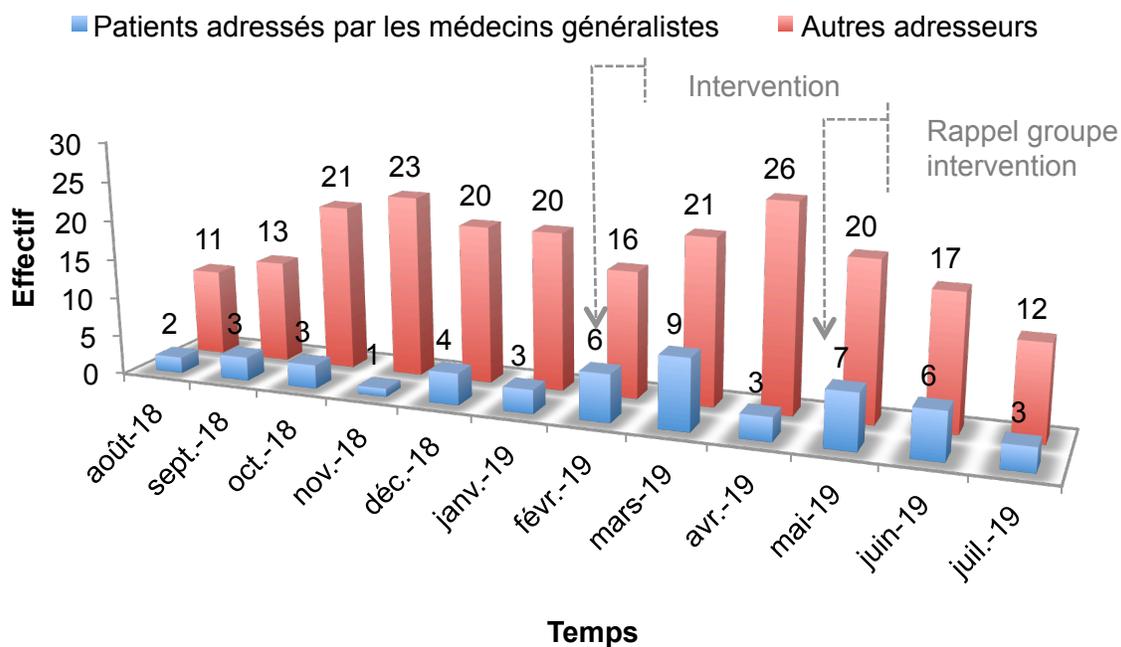
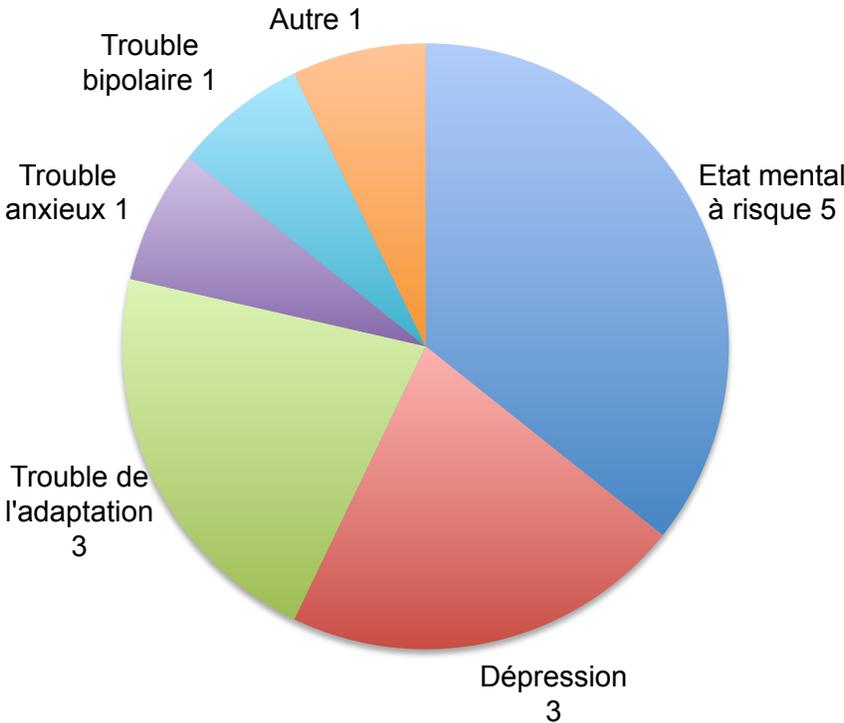


Figure 10 : Evolution du nombre de patients adressés au Dispositif 15-25 ans par des médecins généralistes avant et après l'intervention

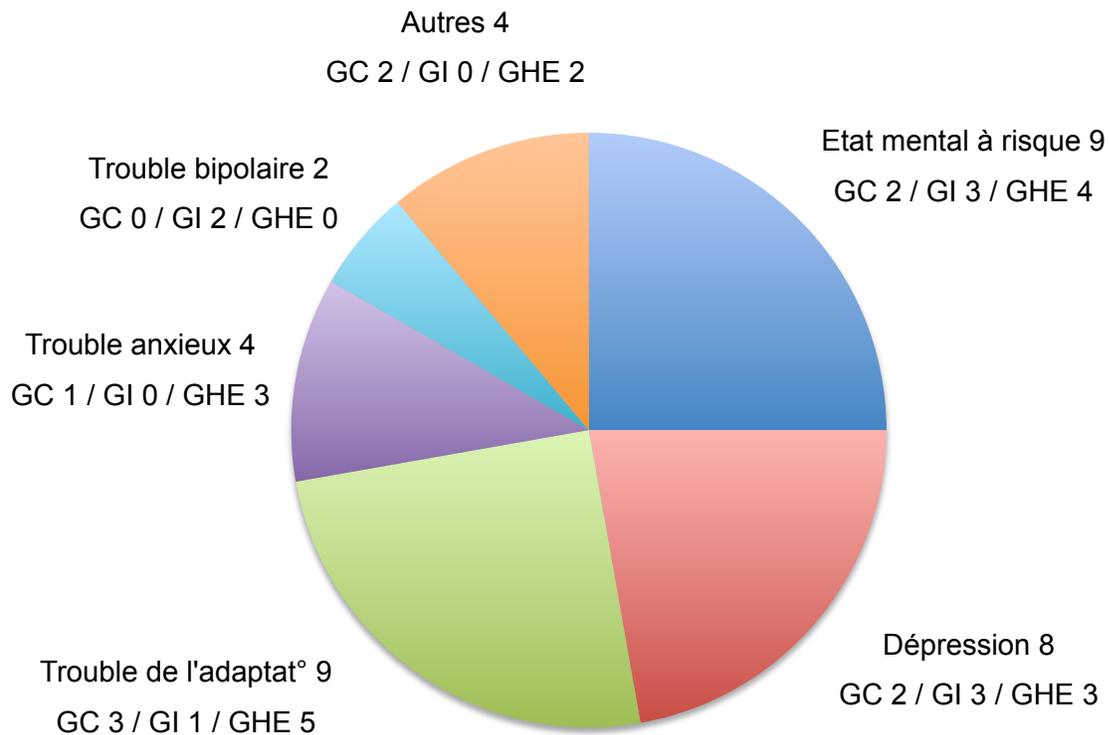
Les statuts diagnostics des patients adressés au Dispositif 15-25 ans par des médecins généralistes avant l'intervention sont représentés dans la *Figure 11*.



Autre : Syndrome de Stress Post-Traumatique

*Figure 11 : Diagnostics des patients adressés au Dispositif 15-25 ans par les médecins généralistes avant l'intervention*

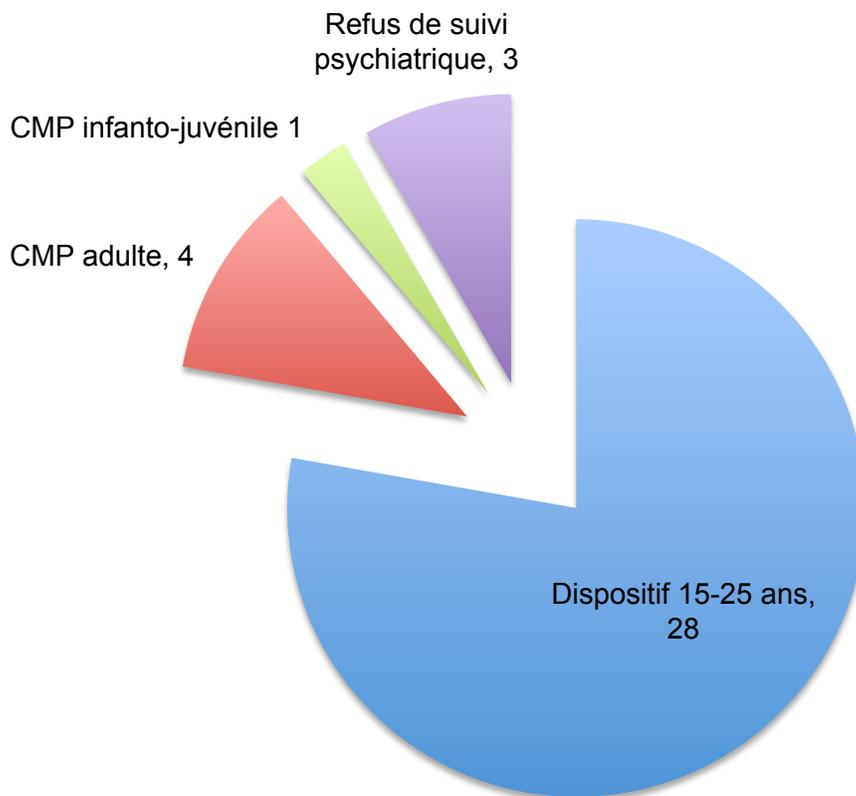
Les statuts diagnostics des patients adressés au Dispositif 15-25 ans par des médecins généralistes après l'intervention sont représentés dans la *Figure 12*.



GC : Groupe Contrôle ; GI : Groupe Intervention ; GHE : Groupe Hors Etude correspond aux médecins généralistes non inclus dans la population d'étude  
 Trouble de l'adaptat° : Trouble de l'adaptation  
 Autres : 1 Syndrome de Stress Post-Traumatique, 1 Trouble de la personnalité, 2 Trouble du Spectre de l'Autisme

*Figure 12 : Diagnostics des patients adressés au Dispositif 15-25 ans par les médecins généralistes après l'intervention*

L'orientation après évaluation des patients adressés au Dispositif 15-25 ans par des médecins généralistes après l'intervention est représentée dans la *Figure 13*.



CMP : Centre Médico-Psychologique

Lorsqu'un patient refusait un suivi psychiatrique, le médecin généraliste qui l'avait adressé en était informé.

*Figure 13 : Orientation des patients adressés par les médecins généralistes après évaluation par le Dispositif 15-25 ans*

### **3.6. Commentaires laissés par les médecins généralistes répondants**

Dans le questionnaire recueilli à T0, un médecin généraliste du groupe contrôle mettait en avant :

- l'absence regrettable de retour du Dispositif 15-25 ans sur « les consultations, l'évolution et le devenir du patient » en dépit de délais de prise en charge satisfaisants.

A ce même questionnaire, les médecins généralistes du groupe intervention notaient :

- un « besoin de formation »,
- un « travail en lien essentiel »
- la possibilité de « se rencontrer autour d'un café pour mieux se connaître »,
- un intérêt pour acquérir des connaissances sur l'identification et la prise en charge des états mentaux à risque.

Au questionnaire recueilli à T2, les médecins généralistes du groupe contrôle soulignaient :

- La nécessité « absolue » d'une formation,
- un dispositif utile avec des délais de prise en charge rapides et satisfaisants mais un manque de retours sur les prises en charge délétère tant pour la qualité des soins dispensés au patient que pour la collaboration entre professionnels de santé,
- l'absence regrettable de retours du Dispositif 15-25 ans sur les patients rencontrés.

A ce même questionnaire, les médecins du groupe intervention mettant en avant :

- l'intérêt de l'intervention pour améliorer nos pratiques,
- La difficulté du repérage des états mentaux à risque au cours de consultations de médecine générale « effrénées, rapides et superficielles – quand il s'agit d'aborder les troubles psychologiques – » en lien avec le manque de temps et de personnel,
- Le bénéfice tiré d'un « lien visuel avec l'équipe » du Dispositif 15-25 ans
- La nécessité d'augmenter le « dialogue » entre professionnels.

## **4. Discussion**

## **4.1. Résumé des principaux résultats de l'étude**

### **4.1.1. Résultats de l'objectif principal et des objectifs secondaires n°1 à n°5**

Les analyses brutes ont montré une augmentation non significative du score d'intention à T2 dans le groupe intervention par rapport au groupe contrôle. De la même façon, les scores de pression sociale ressentie, d'attitude, de contrôle comportemental perçu et d'alliance de travail à T2 ont augmenté de manière non significative dans le groupe intervention par rapport au groupe contrôle. Seul le score de contrôle comportemental perçu était associé à une valeur de  $p$  proche du seuil de significativité ( $p = 0,082$ ).

Les analyses ajustées sur le score de l'objectif à T0, la distance par rapport au Dispositif 15-25 ans et la connaissance des concepts « signes prodromiques de la schizophrénie » et « état mental à risque » à T0 ont mis en évidence une diminution non significative des scores d'intention, de pression sociale ressentie, d'attitude et d'alliance à T2 dans le groupe intervention par rapport au groupe contrôle. L'inversion de l'effet après ajustement était particulièrement évidente pour le score d'alliance de travail à T2 ( $\beta = -4,22$ ). En revanche, l'ajustement a révélé une augmentation encore plus marquée bien que non significative du score de contrôle comportemental perçu à T2 dans le groupe intervention par rapport au groupe contrôle. Là encore, seul ce score était associé à une valeur de  $p$  proche du seuil de significativité ( $p = 0,086$ ).

La différence entre le nombre de patients adressés par médecin pendant l'étude et 6 mois avant était plus élevée dans le groupe contrôle par rapport au groupe intervention mais pas de manière significative.

Au total, cette étude n'a pas permis de mettre en évidence un effet à 3 mois de la stratégie d'information privilégiant la personnalisation du lien sur l'intention des médecins généralistes d'identifier des sujets à risque de développer un trouble psychotique, sur la pression sociale ressentie, sur leur attitude, sur la perception de contrôle du comportement, sur l'alliance de travail avec le Dispositif 15-25 ans et sur le nombre de patients adressés par médecin par rapport à une information impersonnelle.

### **4.1.2. Faisabilité et acceptabilité de la stratégie d'information basée sur un lien personnalisé (objectif secondaire n°6)**

Dans notre étude, 71% des médecins généralistes du groupe intervention ont accepté une rencontre avec des membres du Dispositif 15-25 ans. Les rencontres ont eu lieu sur une période d'un mois entre le 24 janvier et le 22 février 2019. Le taux de participation aux rencontres a assurément été réduit par l'épidémie grippale majeure qui alourdissait le nombre de consultations en médecine générale au cours de la période d'organisation des rencontres. En effet, 3 des 6 médecins généralistes du groupe intervention ayant refusé la rencontre par manque de temps et surcharge de travail mettaient en avant un manque de disponibilité lié au contexte d'épidémie grippale et restaient ouverts à l'organisation ultérieure d'une rencontre.

En comparaison, seuls 60% des médecins généralistes avaient accepté de rencontrer l'équipe spécialisée dans l'étude de Reynolds alors qu'une période d'un an entre novembre 2008 et octobre 2009 avait été consacrée à l'organisation des entrevues (Reynolds et al. 2015). Cette donnée n'a pas été précisée pour l'étude LEGs (Perez et al. 2015).

Le motif de refus fréquemment invoqué par les médecins généralistes est une surcharge de travail et un manque de temps. Les études montrent que la lourdeur des consultations auxquelles se rajoutent la Formation médicale Continue (FMC) rendent les médecins peu disponibles pour des temps de formation additionnels et pour la recherche (Hummers-Pradier 2008). De ce fait, la durée plus longue des entrevues dans l'étude de Reynolds (34 minutes en moyenne) pourrait expliquer un taux de participation plus faible par rapport à notre étude (20 minutes en moyenne). Dans notre essai, le temps consacré à l'entrevue correspondait en moyenne à la durée d'une consultation de médecine générale (Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques 2006), ce qui a probablement favorisé son acceptabilité auprès des médecins généralistes et diminué le temps de mobilisation des soignants du dispositif pour dispenser l'information. Cette hypothèse est soutenue par le faible pourcentage (17%) de médecins ayant bénéficié des deux sessions d'information prévue dans le protocole de l'étude menée par Reynolds.

Compte-tenu de la faible disponibilité des médecins généralistes, le déplacement des membres du centre spécialisé au cabinet du médecin généraliste était un élément capital pour l'organisation des rencontres dans les deux essais. Seul un médecin généralistes est venu dans les locaux du Dispositif 15-25 ans à l'occasion d'une visite à un de ses patients hospitalisé sur l'hôpital de Montauban.

Le temps de trajet entre l'hôpital de Montauban et les cabinets médicaux était en moyenne de 62 minutes. La mise à disposition d'un véhicule de service pour ces trajets était incontournable dans le cadre de notre étude car le département du Tarn-et-Garonne est très peu desservi par les transports en commun. Dans l'étude de Reynolds, les trajets entre le centre spécialisé et les cabinets de médecine générale situés dans le quartier londonien de Southwark avaient pu être réalisés en transport en commun réduisant ainsi le coût de l'intervention (Reynolds et al. 2015). Cette donnée devrait être prise en compte par les centres de détection et d'intervention précoces comme ressource nécessaire pour mettre en place une stratégie d'information basée sur un lien personnalisé.

Au final, cette stratégie d'information a été relativement bien acceptée par les médecins généralistes. En revanche, elle a nécessité une importante mobilisation des moyens humains et matériels du dispositif ce qui pourrait limiter sa reproductibilité. Sa mise en application suppose en effet que l'équipe spécialisée soit en nombre suffisant pour que des soignants puissent être détachés de façon répétée sur des durées variant de 20 minutes à plus de 2 heures selon la zone géographique à couvrir. Les moyens matériels et financiers nécessaires dépendent quant à eux de la répartition des cabinets de médecine générale sur le site géographique et des contraintes liées à l'aménagement du territoire notamment en terme de réseau de transports en commun et de réseaux routiers.

La télémédecine est une forme de pratique médicale à distance utilisant les technologies de l'information et de la communication et mettant en rapport un ou plusieurs professionnels de santé (d'après la définition du Ministère des Solidarités et de la Santé). Sur des territoires présentant des contraintes semblables à celles du Tarn-et-Garonne, elle pourrait servir de support à la diffusion de l'information. Cet outil présenterait l'avantage de permettre un lien visuel entre les intervenants tout en réduisant le coût de l'intervention. Le temps de mobilisation des soignants du centre spécialisé serait limité à celui de l'échange. Les dépenses liées aux transports seraient supprimées.

## **4.2. Forces et limites de l'étude**

### **4.2.1. Choix d'une stratégie d'information privilégiant la personnalisation du lien**

L'étude des données de la littérature fait ressortir les éléments qui contribuent à l'efficacité des stratégies d'information à destination des médecins généralistes :

- l'utilisation d'exemples et de données issus de leurs pratiques (Howe, Ashton, et Hooper 2006),
- la diffusion d'un message clair et simple (Simon et al. 2009),
- des rencontres individuelles entre médecins généralistes et spécialistes (par opposition aux rencontres collectives) (Perez et al. 2015; Reynolds et al. 2015).

Le nombre moyen de patients vu par des médecins généralistes et suspectés d'être dans les stades précoces d'une schizophrénie est de 1,5 par an (Simon et al. 2009; Shitalou 2016). Les médecins généralistes sont donc relativement peu confrontés à cette problématique et mobiliseraient rarement les connaissances théoriques apportées sur ce sujet. Cette observation explique peut être l'inefficacité des campagnes d'information comportant une session unique d'information collective pour améliorer l'adressage des états mentaux à risques sur les centres de détection et d'intervention précoces (Renwick et al. 2008; Power et al. 2007; Lester et al. 2009).

Nous avons fait l'hypothèse que l'établissement d'un lien personnalisé entre les médecins généralistes et l'équipe du Dispositif 15-25 ans faciliterait l'adressage de patients vers le dispositif plus que la transmission de connaissances théoriques qui seraient peu entretenues dans la pratique. Nous avons donc conçue une stratégie d'information constituée de rencontres individuelles entre le médecin généraliste et deux membres de l'équipe du Dispositif 15-25 ans (un médecin et un infirmier). L'objectif était de permettre :

- aux différents acteurs de se connaître afin de déconstruire les représentations négatives d'un côté et de l'autre,
- au médecin généraliste d'identifier des interlocuteurs au sein du Dispositif 15-25 ans pour faciliter l'adressage de patients,

- aux membres du Dispositif 15-25 ans de mieux connaître leurs partenaires et leurs attentes afin de faire évoluer le fonctionnement du dispositif en fonction des besoins.

L'apport théorique devait être succinct et surtout fondé sur les échanges autour de cas amenés par les médecins généralistes au fil de la discussion. Nous avons donc élaboré une présentation orale courte durant au maximum 10 minutes et pouvant s'adapter à la disponibilité du médecin. Les diapositives au format papier servaient surtout à structurer la présentation pour que l'information dispensée à chaque médecin soit à peu près uniforme.

Pendant cette partie de l'entrevue, les membres du dispositif insistaient sur un message clair et simple ciblant les symptômes qui apparaissent le plus tôt dans l'évolution de la maladie (le déclin fonctionnel et le retrait social) afin de favoriser le repérage précoce des troubles : « si un déclin inattendu du fonctionnement d'un jeune est observé, adressez le sans délai au Dispositif 15-25 ans pour une évaluation spécialisée ». Le but n'était pas de transmettre aux médecins généralistes les compétences pour identifier les états mentaux à risques de manière très spécifique mais qu'ils puissent adresser très facilement tout patient chez qui ils suspectent un état mental à risque afin qu'il soit évalué.

Ce bref apport théorique devait servir de base aux échanges autour des cas dont souhaitaient discuter les médecins généralistes.

Un lien a été effectué à deux mois des rencontres afin de rappeler aux médecins généralistes la disponibilité de l'équipe du Dispositif 15-25 ans pour répondre à leurs interrogations et leur fournir des avis sur des situations concrètes. Ce lien a été fait par mail afin de ne pas augmenter le poids des appels téléphoniques déjà très fréquents dans la procédure de l'étude (relances hebdomadaires après l'envoi de chaque questionnaire, organisation des rencontres). Les appels téléphoniques présentaient en plus l'inconvénient d'être chronophages et d'interrompre les consultations médicales. Les médecins qui le souhaitaient pouvaient néanmoins bénéficier d'un lien téléphonique.

Ainsi, en tenant compte des résultats des études antérieures, nous avons imaginé une stratégie d'information basée sur des rencontres individuelles avec les médecins généralistes, ciblant davantage le lien entre professionnels que la transmission de connaissances théoriques.

Au final cette campagne d'information a effectivement permis à certains médecins généralistes d'avoir des interlocuteurs connus au sein du Dispositif. L'interne investigateur a d'ailleurs été directement contacté par des médecins rencontrés au cours de l'étude pour des avis concernant des patients à trois reprises. Les relances téléphoniques effectuées après l'envoi du questionnaire à T2 ont également été l'occasion de confirmer que les médecins généralistes du groupe intervention avaient gardé en mémoire la rencontre. Au cours des entrevues, ils manifestaient le plus souvent leur satisfaction d'avoir pu discuter en personne avec des membres de l'équipe du Dispositif 15-25 ans. Les noms des interlocuteurs étaient régulièrement notés par les médecins généralistes au cours de l'entretien. Cela a également été relevé dans les commentaires laissés par les médecins généralistes du groupe intervention sur l'importance de « se rencontrer » et d'un « lien visuel avec l'équipe ».

Du point de vue du dispositif, cette campagne a permis de mieux identifier les attentes des médecins généralistes. Ils mettaient en avant des délais trop longs pour obtenir un rendez-vous avec un psychiatre dans les Centres Médico-Psychologiques (CMP), la difficulté à trouver des lieux d'adressage réactifs pour les adolescents et jeunes adultes, le manque de lisibilité du système de soin en santé mentale.

La partie théorique était généralement bien accueillie. Les médecins relevaient fréquemment la difficulté de différencier les symptômes aspécifiques qui doivent faire suspecter un état mental à risque des mutations « physiologiques » qui surviennent à l'adolescence. Nous insistions alors sur l'importance du critère de détérioration du fonctionnement pour les distinguer. Ils montraient un intérêt particulier pour la présentation nominative de tous les membres de l'équipe soulignant l'importance pour eux d'avoir des interlocuteurs bien identifiés.

Les échanges autour de cas concrets permettaient de s'assurer de la bonne compréhension des critères d'adressage et d'apporter des précisions supplémentaires si nécessaire.

#### **4.2.2. Choix des critères de jugement**

Les études évaluant des campagnes d'information à destination des médecins généralistes concernant l'identification et l'adressage des états mentaux à risque à des centres de prévention et de détection précoces utilisent généralement comme critère de jugement principal le nombre de sujet présentant un état mental à risque adressés au centre par des médecins généralistes ayant et n'ayant pas bénéficié de l'intervention (Reynolds et al. 2015; Perez et al. 2015). Ce choix est rendu possible par l'utilisation systématique de la CAARMS pour évaluer les patients adressés dans la plupart des centres en Europe et en Australie (Conus, Polari, et Bonsack 2010; Fusar-Poli 2013; Gut-Fayand 2008). Dans ces centres, le résultat de la passation de la CAARMS constitue un critère nécessaire à l'inclusion dans le dispositif.

Pour définir les objectifs et les critères de jugement de l'étude, nous avons dû tenir compte des particularités du centre de détection et d'intervention précoce sur lequel est fondée l'étude. Le Dispositif 15-25 ans s'est développé au sein d'une structure non familiarisée aux projets de recherche et aux évaluations standardisées. Ainsi, une étude menée en 2017 sur ce centre a montré que la majorité des soignants actifs au sein du dispositif étaient opposés à une évaluation systématique des patients adressés (Larrieu 2017). Dans le fonctionnement actuel du Dispositif 15-25 ans, la CAARMS est proposée uniquement aux patients chez lesquels un état mental à risque ou un trouble psychotique débutant est fortement suspecté à partir de l'intuition clinique du psychologue ou du psychiatre, de la présence d'une détérioration du fonctionnement du jeune et/ou de signes pouvant faire évoquer une symptomatologie psychotique et de la présence de facteurs de risque de développer un premier épisode psychotique. En l'absence d'une évaluation systématique des patients à l'aide d'un outil de repérage validé, nous avons dû trouver un autre moyen d'évaluer l'efficacité de notre stratégie d'information. Le questionnaire basé sur la Théorie du Comportement Planifié représentait une méthode validée et fiable pour mesurer l'effet de la stratégie d'information basée sur un lien personnalisé sur l'identification des états mentaux à

risque par les médecins généralistes. Toutefois, le choix d'un critère de jugement différent de celui des autres études ne nous a pas permis de comparer nos résultats avec ceux retrouvés dans la littérature.

La réévaluation des critères de jugements correspondant à l'objectif principal et aux objectifs secondaires n°1 à n°5 a été effectuée à 3 mois. Ce délai nous semblait suffisant dans la mesure où il permettait le déroulement complet de l'intervention dans les deux groupes.

Concernant l'objectif n°5, nous avons évalué le nombre de patients adressés par médecin à 6 mois afin de tenir compte des contraintes organisationnelles de l'étude. La durée de recueil du nombre de patients adressés sur le centre spécialisé par les médecins généralistes était très variable selon les études : 6 mois dans l'étude de Reynolds (Reynolds et al. 2015), 24 mois dans l'étude LEGs (Perez et al. 2015), 27 mois dans l'étude LEOCAT (Power et al. 2007) et 36 mois dans l'étude REDIRECT (Lester et al. 2009). Dans notre étude, le faible nombre de demandes enregistrées au cours de cette période en provenance des médecins généralistes suggère que la période de recueil était peut être trop courte pour pouvoir mettre en évidence un effet de la stratégie d'information basée sur la personnalisation du lien par rapport à la stratégie impersonnelle.

#### **4.2.3. Taux de réponse**

51 réponses ont été recueillies après l'envoi du questionnaire à T2 aux 70 médecins généralistes inclus dans l'analyse établissant un taux de réponse à 73% (30% s'il est rapporté à la totalité des médecins généralistes éligibles pour l'étude). Ce résultat est relativement élevé par rapport à ceux rapportés dans la littérature : 22% de réponses ont été recueillies suite à un questionnaire envoyé par mail dans la plus vaste étude internationale (11 sites géographiques) visant à évaluer la capacité des médecins généralistes à identifier les troubles psychotiques émergents (Simon et al. 2009) et 23,6% de réponses ont été enregistrées suite à un questionnaire envoyé par mail dans une étude française visant à évaluer les connaissances des médecins généralistes concernant la schizophrénie et la prise en charge des troubles psychotiques émergents (Verdoux et al. 2006).

Cet écart peut être expliqué par les différences de procédures entre notre étude et les autres, à savoir que le consentement éclairé des médecins généralistes était requis pour participer à l'étude. Dans les études citées, le questionnaire d'étude était envoyé sans distinction à tous les médecins recensés sur le secteur géographique comme exerçant une activité libérale de médecine générale. En donnant leur consentement oral pour participer à notre étude, les médecins généralistes se sont probablement sentis plus engagés à respecter le protocole de l'étude et à répondre au questionnaire.

De plus, des relances hebdomadaires ont été effectuées par mail et par téléphone pendant toute la période de recueil des réponses afin d'inciter les médecins généralistes à répondre. Cette démarche, bien que chronophage, a certainement permis d'améliorer le taux de réponse dans notre étude.

#### **4.2.4. Perdus de vue**

Sur les 80 médecins généralistes randomisés, 20 n'ont répondu aux questionnaires envoyés ni à T0, ni à T2 et peuvent être considérés comme des « perdus de vue ». Nous n'avons pas mis en évidence de différence significative entre les médecins généralistes ayant répondu à au moins l'un des questionnaires et ceux n'ayant répondu à aucun des deux concernant la distance par rapport au Dispositif 15-25 ans et concernant leur répartition entre les deux groupes d'étude. L'analyse des caractéristiques à T2 des médecins généralistes non répondants à T0 par rapport aux autres et des caractéristiques à T0 des médecins généralistes non répondants à T2 par rapport aux autres n'a pas révélé de différence significative entre les médecins généralistes ayant répondu aux questionnaires et ceux n'ayant pas répondu sauf pour une variable : la proportion de sujets connaissant le Dispositif 15-25 ans était plus importante dans le groupe des médecins généralistes ayant répondu à T0 par rapport à ceux n'ayant pas répondu.

Ces données pose la question d'un biais d'attrition. L'hypothèse selon laquelle les médecins généralistes répondants à T0 étaient préférentiellement ceux qui avaient déjà travaillé avec le Dispositif 15-25 ans est invalidée par l'absence de différence significative entre répondants et non répondants à l'item 33 « Avez vous déjà travaillé avec le Dispositif 15-25 ans ? ». Une seconde hypothèse serait que les médecins généralistes répondants à T0 avaient un intérêt particulier pour les troubles psychotiques émergents mais là encore, il n'y avait pas de différence significative entre répondants et non répondants à l'item 8 « Connaissez vous les concepts de « signes prodromiques de la schizophrénie » et « d'état mental à risque de psychose » ? ». Au final, l'existence d'un biais d'attrition semble peu probable.

La proportion plus importante de sujets connaissant le Dispositif 15-25 ans reflète peut être l'effet du lien initial fait avec les médecins généralistes visant à recueillir leur consentement. On peut penser que délai de 6 mois qui a séparé le recueil de leur consentement et l'envoi du questionnaire à T0 a favorisé l'oubli de ce premier contact avec l'interne investigateur et les informations délivrées à cette occasion sur le Dispositif 15-25 ans. Les médecins généralistes qui avaient gardé en mémoire le lien initial étaient peut être plus enclins à répondre au questionnaire à T0.

#### **4.2.5. Puissance de l'étude**

L'inversion de la tendance des scores d'intention, de pression sociale ressentie, d'attitude et d'alliance de travail à T2 dans le groupe intervention par rapport au groupe contrôle entre les analyses brutes et les analyses ajustées d'une part et les valeurs de p relativement élevées d'autre part ne permettent pas de conclure sur l'existence d'un effet de la stratégie d'information basée sur la personnalisation du lien sur ces variables par rapport à une stratégie impersonnelle.

L'augmentation du score de contrôle comportemental perçu à T2 dans le groupe intervention par rapport au groupe contrôle, majorée après ajustement et avec une valeur de p proche du seuil de significativité suggère un manque de puissance de l'étude pour mettre en évidence cet effet. En effet, le nombre de sujets nécessaire pour

montrer une différence significative entre les groupes contrôle et intervention (n = 62) n'a pu être atteint en dépit de nombreuses relances suivant l'envoi des questionnaires.

#### **4.2.6. Biais de mesure**

L'inversion majeure de la tendance du score d'alliance de travail à T2 après ajustement dans le sens d'une diminution importante du score dans le groupe intervention par rapport au groupe contrôle suggère une évolution de l'appréciation de l'alliance de travail par les médecins généralistes du groupe intervention après l'intervention. On peut supposer qu'au cours des rencontres entre les médecins généralistes et les membres de l'équipe du Dispositif 15-25 ans, se sont posées les bases d'une future collaboration. Les médecins généralistes du groupe intervention auraient de ce fait augmenté leur niveau d'exigence en terme d'alliance de travail avec le Dispositif 15-25 ans et évalué plus rigoureusement les items mesurant l'alliance de travail à T2 qu'à T0. L'alliance de travail aurait ainsi été « surestimée » à T0, expliquant une telle inversion de la tendance du score entre T0 et T2. Cette hypothèse est soutenue par les commentaires laissés par les médecins généralistes du groupe intervention à T2 soulignant l'espoir que ces rencontres améliorent les pratiques et la collaboration entre professionnels. L'alliance de travail aurait donc été jugée plus négativement à T2 dans le groupe intervention avec l'idée qu'elle pourrait progresser.

Par ailleurs, lorsque les patients ou leur famille sollicitaient le Dispositif 15-25 ans, ils n'étaient pas systématiquement interrogés sur la façon dont ils avaient connu le dispositif. La méconnaissance de cette information a pu entraîner une sous-évaluation du nombre de patients adressés par médecin car les patients qui étaient orientés par leur médecin généraliste mais qui avaient eux-mêmes fait la démarche n'ont pas été comptabilisés.

#### **4.2.7. Biais de confusion potentiels**

L'augmentation du nombre de patients adressés par des médecins généralistes non inclus dans la population d'étude entre les 6 mois précédant l'intervention (4 patients) et les 6 mois suivants (17 patients) suggère une tendance préexistante à l'amélioration de la connaissance du Dispositif 15-25 ans par les médecins généralistes. Ce biais de confusion potentiel a pu minimiser l'effet de notre stratégie d'information par rapport au groupe contrôle. Cette hypothèse est soutenue par l'historique du dispositif qui s'est constitué en 2015 à moyens constants et sous une forme peu structurée, en cours d'élaboration.

Progressivement, la création de postes d'infirmiers référents de continuité et de psychologues dédiés a motivé une réorganisation des temps de réunions autour d'un staff hebdomadaire s'inspirant des réunions de concertation pluridisciplinaires de cancérologie. Cet outil – qui pourra faire l'objet d'une étude ultérieure – a permis un traitement plus efficace des demandes adressées au dispositif. La mise en place d'un fonctionnement clair et lisible par les partenaires à partir du premier trimestre 2018 a permis la reconnaissance et l'acceptation du Dispositif 15-25 ans en tant que nouvelle

structure de soins en psychiatrie augmentant ainsi le nombre global de patients adressés au dispositif.

Parallèlement, l'ouverture de la ligne téléphonique au grand public a permis une diffusion à plus grande échelle de la connaissance de cette structure y compris auprès des médecins généralistes comme en témoigne l'augmentation nette du nombre de patients adressés par ces derniers à cette période.

Ceci rend compte des 3 voies d'adressage des patients depuis les soins primaires :

- soit les médecins généralistes formulent directement une demande auprès du Dispositif 15-25 ans,
- soit ils confient au patient les coordonnées du dispositif afin qu'il fasse lui-même la démarche,
- soit ils donnent les coordonnées du dispositif à l'entourage du patient lorsque ce dernier ne peut pas ou ne veut pas faire lui-même la démarche.

La diversité des voies d'adressage a été rendue possible par l'ouverture de la ligne au grand public mais aussi par la confiance des médecins généralistes dans ce dispositif. Une étude française visant à déterminer comment les médecins généralistes choisissent leurs correspondants professionnels et selon quels critères a en effet montré que la connaissance des professionnels et leur compétence technique étaient les deux principaux critères de sélection (Sejourne et al. 2010). On peut donc supposer que l'augmentation globale du nombre de patients adressés par leur médecin généraliste au Dispositif 15-25 ans après l'intervention reflète une amélioration de la connaissance et de la reconnaissance des missions et des compétences du dispositif suite à la délivrance de l'information.

### **4.3. Comparaison avec les données de la littérature**

#### **4.3.1. Particularités des médecins généralistes français**

La comparaison des scores des objectifs issus de la Théorie du Comportement Planifié à T0 dans notre étude par rapport à ceux décrits dans l'étude anglo-saxonne réalisée en 2012, révèle des différences notables : score moyen de pression sociale ressentie à 10,7 dans notre étude contre 17,8 dans l'étude de Russo, score d'attitude à 31,7 versus 38,9, score de contrôle comportemental perçu à 28,7 versus 23,5 et score d'intention à 18 versus 21,2 (Russo et al. 2012). Ces écarts pourraient témoigner de la variation des croyances et des représentations entre les deux populations de médecins généralistes.

L'existence de recommandations anglo-saxonnes actualisées et claires concernant l'importance du repérage et de la prise en charge précoces des troubles psychotiques débutants et l'obsolescence des recommandations françaises corrobore une pression sociale ressentie plus importante chez les médecins anglo-saxons par rapport aux français.

Le score d'attitude plus bas chez les médecins généralistes du Tarn-et-Garonne par rapport aux anglo-saxons peut également être expliqué par le retard français en matière

de prévention des maladies psychiatriques souligné dans le rapport publié par l'Institut Montaigne en octobre 2014 (Institut Montaigne 2014).

Le score de contrôle comportemental perçu plus élevé chez les médecins généralistes du Tarn-et-Garonne par rapport aux anglo-saxons peut être lié au fait que les médecins généralistes inclus dans notre étude avaient donné leur consentement pour participer à la recherche. Un biais de sélection a pu être induit par ce critère d'inclusion en ce sens que les médecins généralistes qui ont donné leur consentement avaient peut être un intérêt particulier pour la santé mentale et de meilleures connaissances dans ce domaine.

Ces résultats mériteraient d'être répliqués sur une cohorte nationale française. S'ils étaient confirmés, ils souligneraient l'importance d'une actualisation des recommandations françaises concernant la détection et la prise en charge précoce des troubles psychotiques émergents et son intégration dans la formation des médecins généralistes durant le cursus du Diplôme d'Etudes Spécialisées de médecine générale.

#### **4.3.2. Particularités des patients adressés par les médecins généralistes**

Parmi les patients adressés au Dispositif 15-25 ans par des médecins généralistes, on observe une prévalence plus importante du sexe féminin par rapport au sexe masculin. Une explication pourrait être que les difficultés psychiques des filles sont plus facilement abordées en consultation de médecine générale. En effet, dans une étude évaluant les facteurs qui influencent la détection de difficultés psychologiques chez les adolescents consultant leur médecin généraliste, il a été montré que les problèmes psychiques étaient moins présentés, discutés et détectés chez les garçons que chez les filles (Martinez et al. 2006).

Par ailleurs, la description des statuts diagnostics des patients adressés au Dispositif par les différents groupes de médecins généralistes soulève des pistes pour de futurs projets de recherche. Avant l'intervention, les diagnostics des patients adressés au Dispositif 15-25 ans par des médecins généralistes étaient très hétérogènes et seuls 36% des patients présentaient un état mental à risque. Après l'intervention, les diagnostics des patients adressés par les médecins du groupe contrôle et les médecins non inclus dans la population d'étude sont restés très hétérogènes et ont perdu en pertinence avec respectivement 20 et 23% d'états mentaux à risque. En revanche, cette tendance n'est pas observée dans le groupe intervention où 3 patients (33%) présentaient un état mental à risque, 5 une dépression ou un trouble de l'humeur nécessitant des soins psychiatriques et seulement 1 patient présentait un trouble de l'adaptation.

Ainsi, parallèlement à la progression globale du nombre de patients adressés au Dispositif 15-25 ans par les médecins généralistes, la notion de spécificité du dispositif autour des troubles psychotiques émergents semble se diluer. Des résultats similaires ont été retrouvés dans l'étude de Reynolds avec une augmentation du nombre de demandes adressées au centre spécialisé après la formation de 27 à 72 demandes et une diminution de la proportion de demandes appropriées de 67 à 54% (Reynolds et al. 2015).

Dans notre étude, la stratégie d'information privilégiant un lien personnalisé avec les médecins généralistes par le biais de rencontres individuelles a permis la délivrance d'une information tenant compte de leur mode d'exercice et a favorisé les échanges autour de cas concrets issus de leur pratique. Comme cela a été démontré dans la revue systématique réalisée par Howe et ses collaborateurs, l'utilisation d'exemples et de données issus de leurs pratiques favorise l'engagement des médecins généralistes dans la formation (Howe, Ashton, et Hooper 2006). Nous faisons l'hypothèse que cette stratégie d'information a permis d'une part une meilleure assimilation de la population ciblée par le dispositif au delà du simple critère d'âge, d'autre part une plus grande motivation à effectuer des adressages pertinents. Cette hypothèse est soutenue par l'augmentation du score de contrôle comportemental perçu à T2 dans le groupe intervention par rapport au groupe contrôle – augmentation confirmée après ajustement sur les variables explicatives avec une valeur de p proche du seuil de significativité – qui témoigne d'une plus grande confiance des médecins généralistes dans leur capacité à identifier les états mentaux à risque pendant leur consultation après l'intervention.

En favorisant une plus grande sélectivité des patients adressés au dispositif par les médecins généralistes du groupe intervention, la stratégie d'information privilégiant la personnalisation du lien a probablement aussi limité le nombre de demandes dans ce groupe. Cette hypothèse pourrait expliquer le nombre plus élevé de patients adressés par médecin dans le groupe contrôle par rapport au groupe intervention ( $p = 0,089$ ).

#### **4.4. Implications pour de futurs projets de recherche et pour la pratique clinique**

##### **4.4.1. Perspectives pour de futurs projets de recherche**

L'étude de Sejourne a révélé que l'absence de rencontre (« mettre un visage sur un nom ») était un critère fréquent d'exclusion du carnet d'adresse du médecin généraliste. Cette observation corrobore un résultat majeur de notre étude : au cours des entrevues et dans les commentaires laissés à la fin des questionnaires, les médecins généralistes du groupe intervention ont témoigné de l'importance de rencontrer en personne l'équipe du Dispositif 15-25 ans pour faciliter la collaboration et l'adressage des patients. Les campagnes d'information visant à améliorer le nombre de patients adressés aux centres spécialisés devraient donc cibler des méthodes permettant un lien visuel entre les médecins généralistes et les membres de l'équipe.

Notre stratégie d'information privilégiant la personnalisation du lien permettait ces rencontres mais présentait l'inconvénient d'avoir un coût élevé limitant sa reproductibilité. Nous avons émit l'hypothèse que sur des territoires vastes et peu desservis en réseaux de transports et en réseaux routiers, la télémédecine pourrait permettre aux généralistes et aux équipes spécialisées de se voir et de se connaître à moindre coût. Une étude ultérieure pourrait évaluer, dans un département semblable, l'impact d'une stratégie d'information utilisant la télémédecine sur l'adressage par les médecins généralistes des états mentaux à risque au centre spécialisé, sa faisabilité et son rapport coût/efficacité.

#### 4.4.2. Evolution des pratiques en terme de collaboration interprofessionnelle

Au cours des rencontres et dans les commentaires notés au cours des questionnaires, les médecins généralistes ont insisté sur le manque de retours du Dispositif 15-25 ans sur les évaluations, les prises en charge et l'évolution des patients. Ils décrivaient cette situation comme délétère tant pour la qualité des soins délivrés au patient que pour la collaboration interprofessionnelle.

Dans le souci d'améliorer la coopération avec les médecins généralistes en tenant compte de leurs besoins, nous avons tenté de corriger ce défaut de fonctionnement. Nous nous sommes basés sur les recommandations de bonne pratique éditées par le Collège National pour la Qualité des Soins en Psychiatrie (CNQSP) et validées par la Haute Autorité de Santé pour connaître les informations devant être transmises par le psychiatre au médecin généraliste suite à un premier adressage (Collège National pour la Qualité des Soins en Psychiatrie 2010).

Pour que l'outil mis en place soit accepté par les membres de l'équipe, il devait être peu chronophage et facilement accessible à partir d'un logiciel déjà utilisé. Nous avons choisi le logiciel employé sur l'hôpital de Montauban pour le Dossier Patient Informatisé (DPI) : *McKesson Corporation*<sup>®</sup>. Cela permettait que les informations transmises soient systématiquement conservées dans le dossier médical du patient et protégées au même titre que le DPI.

En tenant compte de tous ces critères, nous avons élaboré des trames de courrier pouvant être complétées directement par les professionnels depuis le logiciel *McKesson Corporation*<sup>®</sup>.

Concernant le moyen de transmission de l'information, une étude transversale évaluant les attentes des médecins généralistes de la région Midi-Pyrénées concernant la communication ville-hôpital montrait qu'après une consultation spécialisée plus de 50% des médecins généralistes préféraient recevoir le retour par mail (Laure Fabre 2014).

Nous avons également tenu compte du fait que le Dispositif 15-25 ans fonctionne avec quatre infirmiers référents de continuité qui assurent la fonction de *case management* (coordination du parcours de soins). Leur rôle de coordination implique la transmission systématique d'information aux médecins en charge du suivi du patient (Haute Autorité de Santé 2018).

Ainsi, dès le début de la prise en charge du patient par le Dispositif 15-25 ans, un courrier est adressé par le référent de continuité à son médecin généraliste par voie postale. Il comprend des informations concernant la date de début de prise en charge et les soignants intervenant dans le suivi.

Lorsque le suivi d'un patient est engagé sur le Dispositif 15-25 ans (quand au moins trois rendez-vous ont eu lieu), un courrier est envoyé par le psychiatre référent au médecin généraliste *via* la messagerie de santé sécurisée Médimail. Il contient les informations suivantes :

- le motif du recours au Dispositif 15-25 ans

- un avis diagnostic et/ou les éléments cliniques et environnementaux qui orientent la prise en charge
- les risques évolutifs immédiats
- le projet de soins
- l'organisation de la prise en charge
- la prescription médicamenteuse
- les modalités psychothérapeutiques du suivi.

#### **4.4.3. Réflexion sur l'adaptation du fonctionnement du Dispositif 15-25 ans à l'évolution des demandes**

Bien que l'augmentation du nombre de patients adressés au Dispositif 15-25 ans par les médecins généralistes ne soit pas associée à une amélioration de la pertinence de l'adressage, il semblerait que ce processus soit utile car il permet à ces patients d'être évalués plus précocement et d'être réorientés vers des soins adaptés si nécessaire. Parmi les 36 patients adressés au Dispositif 15-25 ans par des médecins généralistes sur la période d'étude, 9 ont été identifiés comme des états mentaux à risque. Pour autant, 33 ont été orientés vers des soins psychiatriques dont 5 sur des CMP adultes ou infanto-juvéniles et 28 sur le Dispositif 15-25 ans. Ceux qui n'étaient pas des états mentaux à risque mais qui ont tout de même été pris en charge sur le dispositif nécessitaient une prise en charge ambulatoire, globale, réactive et non stigmatisée afin de prévenir un risque de déscolarisation, de perte d'emploi, de rupture sociale ou familiale. Ces actions font partie de la mission des CMP, malheureusement, à l'heure actuelle, leur fonctionnement constitue un frein à l'accès aux soins pour les jeunes. Premièrement, on observe une difficulté des CMP à proposer des soins réactifs. Une enquête menée en 2015 par l'Agence Régionale de Santé de Midi-Pyrénées a en effet montré que le délai d'obtention d'un rendez-vous avec un psychiatre hors situation d'urgence, en CMP adulte ou infanto-juvénile, dans le Tarn-et-Garonne, était le plus souvent supérieur à deux mois (Agence Régionale de Santé Midi-Pyrénées 2015). Deuxièmement, les horaires d'ouverture des CMP sont peu adaptés aux contraintes sociales des patients (Agence Régionale de Santé Midi-Pyrénées 2017). Enfin, l'offre de soins en psychiatrie libérale est quasi-inexistante sur le département.

L'élargissement des critères de prise en charge par le Dispositif 15-25 ans et de ce fait, de la population accueillie a probablement contribué à diminuer la spécificité des demandes adressées au Dispositif 15-25 ans et à augmenter leur nombre. Cependant, ce phénomène participe à améliorer plus globalement la prise en charge des jeunes en santé mentale en permettant un accès facilité et plus précoce à des soins adaptés selon les recommandations du rapport de la Mission bien-être et santé des jeunes publié en novembre 2016 (Moro 2016). L'objectif avancé est de prévenir l'intensification et la chronicisation de leurs troubles vers des maladies psychiatriques plus sévères mais on peut se demander si cette mission relève du Dispositif 15-25 ans.

Du fait de cette évolution, la place du Dispositif 15-25 ans par rapport aux CMP adultes et infanto-juvéniles est donc fréquemment discutée. Dans le cadre de sa mission initiale, le Dispositif 15-25 ans devrait relever d'un niveau de soins spécialisé. Or, en élargissant le champ de ses prises en charge, le Dispositif 15-25 ans s'est établi comme un nouveau mode d'entrée dans le système de soins psychiatriques public. Pour autant, la

position du dispositif n'est pas de se substituer aux CMP mais de s'articuler avec eux. En ce sens, des soignants, infirmiers et psychiatres des CMP adultes et infanto-juvéniles participent au staff de coordination hebdomadaire où sont présentées les demandes.

Un des écueils de ce processus serait de ne pas optimiser les moyens alloués à cette équipe en proposant des soins spécifiques, pluri-professionnels et coordonnés (combinant plusieurs prises en charge) à des patients présentant des difficultés psychiques peu sévères qui pourraient relever d'une prise en charge simple. Ces questions sont soulevées de manière récurrente au sein de l'équipe du Dispositif 15-25 ans afin de réévaluer régulièrement ce fonctionnement, les bénéfices et les inconvénients qu'il implique.

Par ailleurs, le faible taux d'incidence des troubles psychotiques émergents (1,5 par an suspecté par un médecin généraliste) implique que les centres hyperspécialisés créés pour les prendre en charge ne peuvent être des correspondants réguliers, bien repérés par les médecins généralistes. Dans le projet de soins initial du Dispositif 15-25 ans, il a été fait le choix de s'adapter aux besoins et aux contraintes des médecins généralistes pour faciliter l'adressage de demandes et augmenter ainsi la sensibilité du repérage. Une fois la structure bien identifiée par les médecins généralistes, l'objectif était qu'elle fonctionne comme un dispositif apprenant qui améliorerait progressivement la spécificité de l'adressage par le biais des liens réguliers entretenus avec les soins primaires.

A l'heure de la gradation des soins et de l'émergence de dispositifs innovants dans la collaboration médecine générale – psychiatrie, un Dispositif de Soins Partagés (DSP) pourrait permettre l'articulation entre les soins de premier recours et le Dispositif 15-25 ans. Ainsi, dans les cas où les médecins généralistes ne seraient pas en mesure d'effectuer ce repérage de manière très spécifique, ils pourraient s'appuyer sur un dispositif intermédiaire d'évaluation et d'orientation qui déterminerait la nécessité d'un adressage vers le Dispositif 15-25 ans. Nous pourrions ainsi proposer de travailler la collaboration avec le Dispositif 15-25 dans le projet de soins du futur DSP qui doit être créé sur Montauban en 2020 (Ministère des Solidarités et de la Santé 2018).

L'établissement d'un DSP sur Montauban permettrait au Dispositif 15-25 ans de retrouver son statut de centre spécialisé en assurant les missions plus généralistes auxquelles il palliait :

- l'accès rapide à une consultation d'évaluation avec un psychiatre à la demande du médecin généraliste,
- la proposition d'un projet de soins et l'orientation du patient vers le professionnel ou la structure adaptée si nécessaire,
- l'évaluation de l'intérêt d'une psychothérapie et l'orientation vers un professionnel *ad hoc*,
- la mise en place de consultations intermédiaires dans l'attente d'un rendez-vous avec le professionnel ou la structure désignés dans le projet de soins.

Les médecins généralistes auraient la possibilité de formuler directement une demande au Dispositif 15-25 ans lorsqu'un trouble psychotique émergent est fortement suspecté ou de collaborer avec le DSP dans les autres cas.

En tenant compte de cette perspective d'évolution de l'offre de soins en santé mentale sur le département du Tarn-et-Garonne, une stratégie d'information à destination des médecins généralistes qui améliore la spécificité de l'adressage des patients au Dispositif 15-25 ans serait plus pertinente qu'une stratégie augmentant le nombre de patients adressés au détriment de la spécificité. Elle permettrait aux médecins qui le souhaitent de solliciter directement le Dispositif 15-25 ans et raccourcirait ainsi le parcours de soins des patients présentant un état mental à risque.

#### **4.4.4. Nécessité d'améliorer la formation en psychiatrie des médecins généralistes**

Dans une étude internationale menée en 2008, le nombre moyen de patients vu par des médecins généralistes et suspectés d'être dans les stades précoces d'une schizophrénie était de 1,5 par an (Simon et al. 2009). Un chiffre identique a été rapporté par les médecins généralistes du Tarn-et-Garonne dans une étude préliminaire menée en 2016 (Shitalou 2016). Dans notre étude, le nombre de patients adressés par médecin pendant les 6 mois suivant l'intervention était de 0,31 dans le groupe contrôle et 0,23 dans le groupe intervention.

Ces résultats sont bien en dessous de ce qui pourrait être attendu. Au final, aucune des deux stratégies d'information n'a permis d'augmenter efficacement le nombre de patients adressés par les médecins généralistes sur la période d'évaluation soulignant la difficulté du repérage des troubles psychiques chez les jeunes dans les soins primaires. Une étude réalisée auprès d'adolescents et de médecins généralistes a démontré une réticence mutuelle à reconnaître les difficultés psychiques (Martinez et al. 2006). Un préalable à l'augmentation du nombre de patients présentant un état mental à risque adressés par les médecins généralistes aux centres de détection et d'intervention précoce serait donc l'amélioration du repérage des difficultés psychiques chez les jeunes au cours des consultations de médecine générale. Cela confirme la nécessité déjà relevée dans de précédentes études d'améliorer la formation initiale et continue des médecins généralistes en psychiatrie (Le Galudec et al. 2011) et l'importance de campagnes de déstigmatisation des troubles psychiques à destination du grand public.

#### **4.4.5. Nécessité d'associer des campagnes d'information à destination du grand public**

L'analyse des statuts diagnostics des patients adressés au Dispositif 15-25 ans par des médecins généralistes a aussi montré qu'aucun d'entre eux ne présentait un diagnostic de premier épisode psychotique. Ce constat corrobore l'hypothèse formulée dans l'étude de Platz publiée en 2006 selon laquelle les patients ayant des symptômes psychotiques contactent généralement des professionnels de la santé mentale alors que les patients ayant des manifestations moins spécifiques et plus insidieuses telles qu'une détérioration modérée du fonctionnement ou un retrait social contactent le plus souvent leurs médecins généralistes (Platz et al. 2006). De plus, l'observation de l'origine des demandes adressées au Dispositif 15-25 ans pendant les 6 mois précédant l'étude montre que les médecins généralistes représentent la deuxième source la plus importante d'adressage après les familles. Elle démontre ainsi le rôle central des

médecins généralistes dans le parcours de soins des jeunes présentant un état mental à risque comme en témoigne les études antérieures (J. Addington et al. 2002; Lester et al. 2009). L'information des médecins généralistes est donc bien une piste privilégiée pour améliorer le parcours de soins des jeunes présentant un état mental à risque et diminuer la DMNT. En revanche, elle ne permet pas d'améliorer le parcours de soins des jeunes présentant un premier épisode psychotique et serait peu efficace pour réduire la DPNT comme cela a été démontré dans les études évaluant l'impact de campagnes d'informations à destination des médecins généralistes sur l'accès aux centres de détection et d'intervention précoces pour les patients présentant un premier épisode psychotique (Power et al. 2007; Lester et al. 2009; Lloyd-Evans et al. 2011).

L'ouverture de la ligne téléphonique au grand public – bien qu'elle n'ait pas été associée à une campagne d'information – a été suivie d'une augmentation globale du nombre de patients adressés au Dispositif 15-25 ans et d'une augmentation du nombre de patients orientés par leur médecin généraliste. Ces données suggèrent que les campagnes d'information impliquant le grand public pourraient avoir un impact plus important sur la précocité de l'accès aux soins spécialisés des jeunes présentant des troubles psychotiques débutant. En France, les patients ont un accès gratuit aux professionnels de la santé mentale dans le public comme dans le privé sans nécessiter un adressage par le médecin généraliste ce qui accentue le risque de shunt du médecin généraliste et souligne l'importance de campagnes d'information visant directement le grand public. Elles pourraient permettre à ces jeunes de consulter directement un professionnel de la santé mentale car pour de multiples raisons (repli social, défaut d'*insight*, peur de la stigmatisation), ils ne consultent pas leur médecin généraliste (Larsen et al. 2009).

Enfin, la sensibilisation du grand public pourrait d'une part modifier les préjugés associés aux troubles psychiques encore très stigmatisés, d'autre part permettre au patient et à ses proches d'identifier les signes précoces de schizophrénie et de les reconnaître comme des problèmes de santé nécessitant un recours à une aide médicale. Cet argument est soutenu par l'observation de l'origine des demandes adressées au Dispositif 15-25 ans pendant les 6 mois précédant l'étude qui montre le rôle prépondérant des familles et des patients eux-mêmes dans l'accès aux soins spécialisés au même titre que les médecins généralistes.

## **5. Conclusion**

L'efficacité de soins spécifiques précoces pour améliorer le pronostic fonctionnel et symptomatique des jeunes débutant un trouble psychotique n'est plus à démontrer. Dans ce contexte, des centres de détection et d'intervention précoces qui centralisent les moyens nécessaires au diagnostic et à la prise en charge de ces jeunes se développent dans de nombreux pays.

Plus récemment, l'émergence du concept d'état mental à risque a soulevé la question de l'accès de patients présentant une symptomatologie peu spécifique et difficile à identifier à ces dispositifs hyperspécialisés. Le rôle central des médecins généralistes dans le parcours de soins de ces jeunes a fait de l'identification des états mentaux à risque par les médecins généralistes un élément clé du bon fonctionnement et de l'efficacité de ces centres.

Les études qui se sont intéressées aux stratégies d'information à destination des médecins généralistes concernant la santé mentale ont permis de dégager des pistes d'amélioration de ces interventions sans qu'aucun consensus ne soit trouvé concernant la méthode à adopter. Notre étude au sein du Dispositif 15-25 ans a évalué l'effet d'une stratégie d'information innovante privilégiant la personnalisation du lien sur l'identification des états mentaux à risque dans les soins primaires par rapport à une stratégie impersonnelle.

Pour cela, nous avons randomisé les médecins généralistes du Tarn-et-Garonne ayant donné leur consentement entre deux groupes, contrôle et intervention. Nous nous sommes basés sur un questionnaire anglo-saxon validé, construit à partir de la Théorie du Comportement Planifié, pour mesurer l'évolution après l'intervention des scores d'intention, de pression sociale ressentie, d'attitude et de contrôle comportemental perçu dans les deux groupes. Nous avons également évalué l'évolution dans chaque strate du score d'alliance de travail et du nombre de patients adressés par médecin. Pour finir, nous avons décrit l'acceptabilité et la faisabilité de la stratégie d'information basée sur la personnalisation du lien.

Du fait d'un manque de puissance, l'étude n'a pas permis de mettre en évidence un effet à 3 mois de la stratégie d'information basée sur un lien personnalisé sur l'intention des médecins généralistes d'identifier des sujets à risque de développer un trouble psychotique, sur la pression sociale ressentie, sur leur attitude, sur la perception de contrôle du comportement, sur l'alliance de travail avec le Dispositif 15-25 ans et sur le nombre de patients adressés par médecin par rapport à une information impersonnelle.

Les résultats suggèrent néanmoins qu'une stratégie privilégiant la personnalisation du lien pourrait améliorer l'identification des états mentaux à risque dans les soins primaires en favorisant une meilleure spécificité de l'adressage. D'autres travaux de recherche sont nécessaires pour le démontrer.

Notre étude soulève des pistes concernant les modalités de l'information qui pourrait améliorer la spécificité de l'adressage des états mentaux à risque par les médecins généralistes : une intervention de courte durée, une rencontre visuelle, un message clair et simple (déclin du fonctionnement), la possibilité d'échanger autour de cas concrets. La télémédecine pourrait être une alternative moins coûteuse en moyens humains et financiers que l'intervention proposée dans notre étude, ce qui pourrait être l'objet d'une recherche ultérieure.

Bien qu'ayant bénéficié de la stratégie d'information basée sur un lien personnalisé, certains médecins manquent de disponibilité pour effectuer ce repérage de manière spécifique. Dans ce contexte, l'arrivée sur Montauban du futur Dispositif de Soins Partagés collaborant avec les médecins généralistes pourrait faciliter l'évaluation et l'orientation des patients et permettre au Dispositif 15-25 ans de conserver sa spécialisation autour des troubles psychotiques émergents.

Vu permis d'imprimer  
Le Doyen de la Faculté  
De Médecine Rangueil

E. SERRANO

9/9/19



Vu le président du jury.  
le 5 septembre 2019.

Pr Laurent Schmitt  
Président de la CME  
des Hôpitaux de Toulouse

h satm

## **6. Bibliographie**

Addington, J., S. Van Mastrigt, J. Hutchinson, et D. Addington. 2002. « Pathways to Care: Help Seeking Behaviour in First Episode Psychosis ». *Acta Psychiatrica Scandinavica* 106 (5): 358-64.

Addington, Jean, Barbara A. Cornblatt, Kristin S. Cadenhead, Tyrone D. Cannon, Thomas H. McGlashan, Diana O. Perkins, Larry J. Seidman, et al. 2011. « At Clinical High Risk for Psychosis: Outcome for Nonconverters ». *The American Journal of Psychiatry* 168 (8): 800-805.

Agence Régionale de Santé Midi-Pyrénées. 2015. « Enquête sur les délais d'attente dans les Centres Médico-Psychologiques et les Centres Médico-Psycho-Pédagogiques dans la région Midi-Pyrénées ».

Agence Régionale de Santé Midi-Pyrénées. 2017. « Schéma Régional d'Organisation des Soins de Midi-Pyrénées ».

ALIX Yohann. 2015. « Traduction du Working Alliance Inventory, version thérapeute, d'anglais à français, à l'aide d'une traduction aller-retour et d'une méthode de consensus Delphi ». Université de Brest.

Anthony F. Lehman. 2004. « Practice guideline for the treatment of patients with schizophrenia : second edition ».

Ayalon, Moshe, et Hanna Merom. 1985. « The teacher interview ». *Schizophrenia Bulletin* 11 (1): 117-20.

Birchwood, M., P. Todd, et C. Jackson. 1998. « Early Intervention in Psychosis. The Critical Period Hypothesis ». *The British Journal of Psychiatry. Supplement* 172 (33): 53-59.

Byrne, M., A. Hodges, E. Grant, D. C. Owens, et E. C. Johnstone. 1999. « Neuropsychological Assessment of Young People at High Genetic Risk for Developing Schizophrenia Compared with Controls: Preliminary Findings of the Edinburgh High Risk Study (EHRS) ». *Psychological Medicine* 29 (5): 1161-73.

Cannon, Mary, Avshalom Caspi, Terrie E. Moffitt, HonaLee Harrington, Alan Taylor, Robin M. Murray, et Richie Poulton. 2002. « Evidence for Early-Childhood, Pan-Developmental Impairment Specific to Schizophreniform Disorder: Results from a Longitudinal Birth Cohort ». *Archives of General Psychiatry* 59 (5): 449-56.

Caroline Dugène. 2018. « Histoire de la schizophrénie : repères et lectures (1852-1955) ». GHT Paris.

Carter, J. W., J. Parnas, T. D. Cannon, F. Schulsinger, et S. A. Mednick. 1999. « MMPI Variables Predictive of Schizophrenia in the Copenhagen High-Risk Project: A 25-Year Follow-Up ». *Acta Psychiatrica Scandinavica* 99 (6): 432-40.

Chapman, James. 1966. « The Early Symptoms of Schizophrenia ». *The British Journal of Psychiatry* 112 (484): 225-51.

Clarke, Mary, Peter Whitty, Stephen Browne, Orfhlaith McTigue, Moayyad Kamali, Maurice Gervin, Anthony Kinsella, John L. Waddington, Conal Larkin, et Eadbhard

O'Callaghan. 2006. « Untreated Illness and Outcome of Psychosis ». *The British Journal of Psychiatry: The Journal of Mental Science* 189 (septembre): 235-40.

Collège National pour la Qualité des Soins en Psychiatrie. 2010. « La coopération médecins généralistes - psychiatres : synthèse des recommandations professionnelles ».

Conus, Philippe, Andrea Polari, et Charles Bonsack. 2010. « Intervention dans la phase précoce des troubles psychotiques : objectifs et organisation du programme TIPP (Traitement et intervention dans la phase précoce des troubles psychotiques) à Lausanne ». *L'information psychiatrique* 86 (2): 145.

Crumlish, Niall, Peter Whitty, Mary Clarke, Stephen Browne, Moayyad Kamali, Maurice Gervin, Orfhlaith McTigue, et al. 2009. « Beyond the Critical Period: Longitudinal Study of 8-Year Outcome in First-Episode Non-Affective Psychosis ». *The British Journal of Psychiatry: The Journal of Mental Science* 194 (1): 18-24.

Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques. 2006. « La durée des séances des médecins généralistes ». Ministère de la Santé et des Solidarités.

Erlenmeyer-Kimling, L., et B. A. Cornblatt. 1992. « A Summary of Attentional Findings in the New York High-Risk Project ». *Journal of Psychiatric Research* 26 (4): 405-26.

Erlenmeyer-Kimling, L., E. Squires-Wheeler, U. H. Adamo, A. S. Bassett, B. A. Cornblatt, C. J. Kestenbaum, D. Rock, S. A. Roberts, et I. I. Gottesman. 1995. « The New York High-Risk Project. Psychoses and Cluster A Personality Disorders in Offspring of Schizophrenic Parents at 23 Years of Follow-Up ». *Archives of General Psychiatry* 52 (10): 857-65.

Eugen Bleuler, et Allain Viillard. 1993. *Dementia praecox ou groupe des schizophrénies*. Epel Edition.

Fédération Française de Psychiatrie. 2003. « Schizophrénies débutantes : diagnostic et modalités thérapeutiques ». Conférence de consensus.

Fish, B., J. Marcus, S. L. Hans, J. G. Auerbach, et S. Perdue. 1992. « Infants at Risk for Schizophrenia: Sequelae of a Genetic Neurointegrative Defect. A Review and Replication Analysis of Pandysmaturation in the Jerusalem Infant Development Study ». *Archives of General Psychiatry* 49 (3): 221-35.

Fusar-Poli. 2013. « Outreach and support in south London (OASIS), 2001-2011: ten years of early diagnosis and treatment for young individuals at high clinical risk for psychosis ». *European Psychiatry* 28 (5): 315-26.

Fusar-Poli, Paolo, Ilaria Bonoldi, Alison R. Yung, Stefan Borgwardt, Matthew J. Kempton, Lucia Valmaggia, Francesco Barale, Edgardo Caverzasi, et Philip McGuire. 2012. « Predicting Psychosis: Meta-Analysis of Transition Outcomes in Individuals at High Clinical Risk ». *Archives of General Psychiatry* 69 (3): 220-29.

Fusar-Poli, Paolo, Stefan Borgwardt, Andreas Bechdolf, Jean Addington, Anita Riecher-Rössler, Frauke Schultze-Lutter, Matcheri Keshavan, et al. 2013. « The Psychosis High-Risk State: A Comprehensive State-of-the-Art Review ». *JAMA Psychiatry* 70 (1): 107.

Fusar-Poli, Paolo, Barnaby Nelson, Lucia Valmaggia, Alison R. Yung, et Philip K. McGuire. 2014. « Comorbid Depressive and Anxiety Disorders in 509 Individuals with an at-Risk Mental State: Impact on Psychopathology and Transition to Psychosis ». *Schizophrenia Bulletin* 40 (1): 120-31.

Garnezy, Norman. 1987. « Stress, competence, and development: Continuities in the study of schizophrenic adults, children vulnerable to psychopathology, and the search for stress-resistant children ». *American Journal of Orthopsychiatry* 57 (2): 159-74.

Gottesman, Irving I. 1994. « Schizophrenia Epigenesis: Past, Present, and Future ». *Acta Psychiatrica Scandinavica* 90 (s384): 26-33.

Gross, G. 1989. « The “Basic” Symptoms of Schizophrenia ». *The British Journal of Psychiatry. Supplement*, n° 7(novembre): 21-25-40.

Gross, G., et G. Huber. 1985. « Psychopathology of Basic Stages of Schizophrenia in View of Formal Thought Disturbances ». *Psychopathology* 18 (2-3): 115-25.

Gut-Fayand. 2008. « Une expérience à la française : le centre d'évaluation pour les jeunes adultes et adolescents ». *Encéphale*, n° 5: 175-78.

Häfner, H., K. Maurer, W. Löffler, W. an der Heiden, P. Munk-Jørgensen, M. Hambrecht, et A. Riecher-Rössler. 1998. « The ABC Schizophrenia Study: A Preliminary Overview of the Results ». *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* 33 (8): 380-86.

Häfner, H., A. Riecher-Rössler, M. Hambrecht, K. Maurer, S. Meissner, A. Schmidtke, B. Fätkenheuer, W. Löffler, et W. van der Heiden. 1992. « IRAOS: An Instrument for the Assessment of Onset and Early Course of Schizophrenia ». *Schizophrenia Research* 6 (3): 209-23.

Haute Autorité de Santé. 2018. « La coordination entre le médecin généraliste et les différents acteurs de soins dans la prise en charge des patients adultes souffrant de troubles mentaux ».

Hill, Michele, Niall Crumlish, Mary Clarke, Peter Whitty, Elizabeth Owens, Laoise Renwick, Stephen Browne, et al. 2012. « Prospective Relationship of Duration of Untreated Psychosis to Psychopathology and Functional Outcome over 12 Years ». *Schizophrenia Research* 141 (2-3): 215-21.

Howe, Amanda, Kate Ashton, et Lee Hooper. 2006. « Effectiveness of Educational Interventions in Primary Care Mental Health: A Qualitative Systematic Review ». *Primary Care and Community Psychiatry* 11 (4): 167-77.

Huber, G., et G. Gross. 1989. « The Concept of Basic Symptoms in Schizophrenic and Schizoaffective Psychoses ». *Recenti Progressi in Medicina* 80 (12): 646-52.

Hui, Christy, Carmen Morcillo, Debra A. Russo, Jan Stochl, Gillian F. Shelley, Michelle Painter, Peter B. Jones, et Jesus Perez. 2013. « Psychiatric Morbidity, Functioning and Quality of Life in Young People at Clinical High Risk for Psychosis ». *Schizophrenia Research* 148 (1-3): 175-80.

Hummers-Pradier. 2008. « Simply no time? Barriers to GPs' participation in primary

health care research ». *Family practice*, n° 25: 105-12.

Institut Montaigne. 2014. « Prévention des maladies psychiatriques : pour en finir avec le retard français ».

Isohanni, Matti, Erika Lauronen, Kristiina Moilanen, Irene Isohanni, Liisa Kemppainen, Hannu Koponen, Jouko Miettunen, et al. 2005. « Predictors of Schizophrenia: Evidence from the Northern Finland 1966 Birth Cohort and Other Sources ». *The British Journal of Psychiatry. Supplement 48* (août): s4-7.

Keshavan, Matcheri S., Vaibhav A. Diwadkar, Debra M. Montrose, Rajaprabhakaran Rajarethinam, et John A. Sweeney. 2005. « Premorbid Indicators and Risk for Schizophrenia: A Selective Review and Update ». *Schizophrenia Research* 79 (1): 45-57.

Keshavan M.S., Haas G., et Miewald J. 2003. « Prolonged untreated illness duration from prodromal onset predicts outcome in first episode psychoses ». *Schizophrenia Bulletin*, n° 29: 757-69.

Killackey, Eóin, et Alison R. Yung. 2007. « Effectiveness of Early Intervention in Psychosis ». *Current Opinion in Psychiatry* 20 (2): 121-25.

Klosterkötter, J., M. Hellmich, E. M. Steinmeyer, et F. Schultze-Lutter. 2001. « Diagnosing Schizophrenia in the Initial Prodromal Phase ». *Archives of General Psychiatry* 58 (2): 158-64.

Krebs, M. -O., E. Magaud, D. Willard, C. Elkhazen, F. Chauchot, A. Gut, Y. Morvan, M. - C. Bourdel, et M. Kazes. 2014. « Évaluation des états mentaux à risque de transition psychotique : validation de la version française de la CAARMS ». *L'Encéphale* 40 (6): 447-56.

Larrieu. 2017. « Evaluation des sujets à Ultra Haut Risque de transition psychotique par la Comprehensive Assessment of At Risk Mental States (CAARMS): impact sur l'alliance thérapeutique ». Toulouse III Paul Sabatier.

Larsen, Tor K., Inge Joa, Johannes Langeveld, et Jan O. Johannessen. 2009. « Optimizing Health-Care Systems to Promote Early Detection of Psychosis ». *Early Intervention in Psychiatry* 3 (septembre): S13-16.

Laure Fabre. 2014. « Communication ville-hôpital : qu'attendent les médecins généralistes de Midi-Pyrénées ? » Toulouse III Paul Sabatier.

Le Galudec, Mickael, Géraldine Cornily, Ronan Garlandézec, Florian Stéphane, Zarrin Alavi, et Michel Walter. 2014. « Evaluation of GPs Diagnostic Knowledge and Treatment Practice in Detection and Treatment of Early Schizophrenia: A French Postal Survey in Brittany ». *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* 49 (1): 69-77.

Le Galudec, Mickaël, Florian Stephan, Renaud Mascret, Julie Bourgin, et Michel Walter. 2011. « Diagnostic précoce dans la schizophrénie : une mission pour les médecins généralistes ? » *La Presse Médicale* 40 (1): 3-9.

Lester, Helen, Max Birchwood, Nick Freemantle, Maria Michail, et Lynda Tait. 2009. « REDIRECT: Cluster Randomised Controlled Trial of GP Training in First-Episode

Psychosis ». *British Journal of General Practice* 59 (563): 183-90.

Lincoln, C., S. Harrigan, et P. D. McGorry. 1998. « Understanding the Topography of the Early Psychosis Pathways. An Opportunity to Reduce Delays in Treatment ». *The British Journal of Psychiatry. Supplement* 172 (33): 21-25.

Lloyd-Evans, Brynmor, Michelle Crosby, Sarah Stockton, Stephen Pilling, Lorna Hobbs, Mark Hinton, et Sonia Johnson. 2011. « Initiatives to Shorten Duration of Untreated Psychosis: Systematic Review ». *The British Journal of Psychiatry: The Journal of Mental Science* 198 (4): 256-63.

Malla, Ashok, Ross Norman, Norbert Schmitz, Rahul Manchanda, Laura BéChard-Evans, Jatinder Takhar, et Raj Haricharan. 2006. « Predictors of Rate and Time to Remission in First-Episode Psychosis: A Two-Year Outcome Study ». *Psychological Medicine* 36 (5): 649.

Marcus, J., S. L. Hans, E. Lewow, L. Wilkinson, et C. M. Burack. 1985. « Neurological Findings in High-Risk Children: Childhood Assessment and 5-Year Followup ». *Schizophrenia Bulletin* 11 (1): 85-100.

Marie-Odile Krebs. 2015. *Signes précoces de schizophrénie*. DUNOD.

Marion-Veyron, Régis, Nadir Mebdouhi, Philipp S. Baumann, Jacques Thonney, Sara Crespi, et Philippe Conus. 2013. « Les premiers épisodes psychotiques : de l'importance du case management ». *L'Évolution Psychiatrique* 78 (1): 41-51.

Marshall, Max, Shon Lewis, Austin Lockwood, Richard Drake, Peter Jones, et Tim Croudace. 2005. « Association between Duration of Untreated Psychosis and Outcome in Cohorts of First-Episode Patients: A Systematic Review ». *Archives of General Psychiatry* 62 (9): 975-83.

Martinez et al. 2006. « Factors that influence the detection of psychological problems in adolescents attending general practices ». *British Journal of General Practice*, n° 56 (529): 594-99.

McGHIE, Andrew, et James Chapman. 1961. « Disorders of Attention and Perception in Early Schizophrenia ». *British Journal of Medical Psychology* 34 (2): 103-16.

McGorry, Patrick D., Eóin Killackey, et Alison Yung. 2008. « Early Intervention in Psychosis: Concepts, Evidence and Future Directions ». *World Psychiatry: Official Journal of the World Psychiatric Association (WPA)* 7 (3): 148-56.

McGorry, Patrick D., Alison R. Yung, et Lisa J. Phillips. 2003. « The “close-In” or Ultra High-Risk Model: A Safe and Effective Strategy for Research and Clinical Intervention in Prepsychotic Mental Disorder ». *Schizophrenia Bulletin* 29 (4): 771-90.

Melle, Ingrid, Tor K. Larsen, Ulrik Haahr, Svein Friis, Jan O. Johannesen, Stein Opjordsmoen, Bjørn R. Rund, Erik Simonsen, Per Vaglum, et Thomas McGlashan. 2008. « Prevention of Negative Symptom Psychopathologies in First-Episode Schizophrenia: Two-Year Effects of Reducing the Duration of Untreated Psychosis ». *Archives of General Psychiatry* 65 (6): 634-40.

- Ministère des Solidarités et de la Santé. 2018. « Projet Territorial de Santé Mentale ».
- Moro. 2016. « Rapport Mission Bien-être et Santé des Jeunes ». République Française.
- National Collaborating Centre for Mental Health (UK). 2014. *Psychosis and Schizophrenia in Adults: Treatment and Management: Updated Edition 2014*. National Institute for Health and Clinical Excellence: Guidance. London: National Institute for Health and Care Excellence (UK).
- Niemi, Laura T., Jaana M. Suvisaari, Annamari Tuulio-Henriksson, et Jouko K. Lönnqvist. 2003. « Childhood Developmental Abnormalities in Schizophrenia: Evidence from High-Risk Studies ». *Schizophrenia Research* 60 (2-3): 239-58.
- Penttilä, Matti, Erika Jääskeläinen, Noora Hirvonen, Matti Isohanni, et Jouko Miettunen. 2014. « Duration of Untreated Psychosis as Predictor of Long-Term Outcome in Schizophrenia: Systematic Review and Meta-Analysis ». *The British Journal of Psychiatry: The Journal of Mental Science* 205 (2): 88-94.
- Perez, Jesus, Huajie Jin, Debra A Russo, Jan Stochl, Michelle Painter, Gill Shelley, Erica Jackson, et al. 2015. « Clinical Effectiveness and Cost-Effectiveness of Tailored Intensive Liaison between Primary and Secondary Care to Identify Individuals at Risk of a First Psychotic Illness (the LEGs Study): A Cluster-Randomised Controlled Trial ». *The Lancet Psychiatry* 2 (11): 984-93.
- Perkins, Diana O., Hongbin Gu, Kalina Boteva, et Jeffrey A. Lieberman. 2005. « Relationship between Duration of Untreated Psychosis and Outcome in First-Episode Schizophrenia: A Critical Review and Meta-Analysis ». *The American Journal of Psychiatry* 162 (10): 1785-1804.
- Platz, Christoph, Daniel S. Umbricht, Katja Cattapan-Ludewig, Diane Dvorsky, Dima Arbach, Hans-Dieter Brenner, et Andor E. Simon. 2006. « Help-Seeking Pathways in Early Psychosis ». *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* 41 (12): 967-74.
- Power, Paddy, Eduardo Iacoponi, Nicola Reynolds, Helen Fisher, Morris Russell, Philippa Garety, Phillip K. McGuire, et Tom Craig. 2007. « The Lambeth Early Onset Crisis Assessment Team Study: General Practitioner Education and Access to an Early Detection Team in First-Episode Psychosis ». *The British Journal of Psychiatry. Supplement* 51 (décembre): s133-139.
- Renwick, Laoise, Blanaid Gavin, Nicola McGlade, Paul Lacey, Ray Goggins, Deirdre Jackson, Niall Turner, et al. 2008. « Early Intervention Service for Psychosis: Views from Primary Care ». *Early Intervention in Psychiatry* 2 (4): 285-90.
- Reynolds, Nicky, Philippe Wuyts, Steven Badger, Paolo Fusar-Poli, Philip McGuire, et Lucia Valmaggia. 2015. « The Impact of Delivering GP Training on the Clinical High Risk and First-Episode Psychosis on Referrals and Pathways to Care ». *Early Intervention in Psychiatry* 9 (6): 459-66.
- Rieder, R. O., et P. L. Nichols. 1979. « Offspring of Schizophrenics. III. Hyperactivity and Neurological Soft Signs ». *Archives of General Psychiatry* 36 (6): 665-74.
- Russo, Debra A., Jan Stochl, Tim J. Croudace, Jonathan P. Graffy, John Youens, Peter

B. Jones, et Jesus Perez. 2012. « Use of the Theory of Planned Behaviour to Assess Factors Influencing the Identification of Individuals at Ultra-High Risk for Psychosis in Primary Care ». *Early Intervention in Psychiatry* 6 (3): 265-75.

Schmidt, S. J., F. Schultze-Lutter, B. G. Schimmelmann, N. P. Maric, R. K. R. Salokangas, A. Riecher-Rössler, M. van der Gaag, et al. 2015. « EPA Guidance on the Early Intervention in Clinical High Risk States of Psychoses ». *European Psychiatry: The Journal of the Association of European Psychiatrists* 30 (3): 388-404.

Schulz, Joerg, Josefin Sundin, Stuart Leask, et D. John Done. 2014. « Risk of Adult Schizophrenia and Its Relationship to Childhood IQ in the 1958 British Birth Cohort ». *Schizophrenia Bulletin* 40 (1): 143-51.

Sejourne, E, F. Pare, P Moulevrier, Maëla Tanguy, et Serge Fanello. 2010. « Modalités de constitution du carnet d'adresses des médecins généralistes ». *Pratiques et Organisation des Soins* 41 (4): 331-39.

Shitalou. 2016. « La formation des médecins généralistes : une piste privilégiée pour l'amélioration des parcours de soins des patients à haut risque de transition psychotique ». CH de Montauban: Université de Toulouse.

Simon, A. E. 2005. « General Practitioners and Schizophrenia: Results from a Swiss Survey ». *The British Journal of Psychiatry* 187 (3): 274-81.

Simon, Andor E, Sabrina Jegerlehner, Thomas Müller, Katja Cattapan-Ludewig, Peter Frey, Marcus Grossenbacher, Erich Seifritz, et Daniel Umbricht. 2010. « Prodromal Schizophrenia in Primary Care: A Randomised Sensitisation Study ». *British Journal of General Practice* 60 (578): 353-59.

Simon, Andor E., Helen Lester, Lynda Tait, Emanuel Stip, Paul Roy, Gretchen Conrad, Jennifer Hunt, et al. 2009. « The International Study on General Practitioners and Early Psychosis (IGPS) ». *Schizophrenia Research* 108 (1-3): 182-90.

Singh, Swaran P. 2007. « Outcome Measures in Early Psychosis; Relevance of Duration of Untreated Psychosis ». *The British Journal of Psychiatry. Supplement* 50 (août): s58-63.

Souaiby, L., R. Gaillard, et M.-O. Krebs. 2016. « Durée de psychose non traitée : état des lieux et analyse critique ». *L'Encéphale* 42 (4): 361-66.

Tandon, Rajiv, Henry A. Nasrallah, et Matcheri S. Keshavan. 2009. « Schizophrenia, "just the facts" 4. Clinical Features and Conceptualization ». *Schizophrenia Research* 110 (1-3): 1-23.

Verdoux, Hélène, Audrey Cougnard, Sabrina Grolleau, Rachel Besson, et Françoise Delcroix. 2006. « A Survey of General Practitioners' Knowledge of Symptoms and Epidemiology of Schizophrenia ». *European Psychiatry* 21 (4): 238-44.

Yung, Alison R., et Patrick D. McGorry. 2007. « Prediction of Psychosis: Setting the Stage ». *The British Journal of Psychiatry. Supplement* 51 (décembre): s1-8.

Yung, Alison R., Lisa J. Phillips, Hok Pan Yuen, et Patrick D. McGorry. 2004. « Risk

Factors for Psychosis in an Ultra High-Risk Group: Psychopathology and Clinical Features ». *Schizophrenia Research* 67 (2-3): 131-42.

Yung, Alison R., Hok Pan Yuen, Patrick D. McGorry, Lisa J. Phillips, Daniel Kelly, Margaret Dell'Olio, Shona M. Francey, et al. 2005. « Mapping the Onset of Psychosis: The Comprehensive Assessment of At-Risk Mental States ». *The Australian and New Zealand Journal of Psychiatry* 39 (11-12): 964-71.

## **7. Annexes**

## 7.1. Annexe 1 : Brochure d'information destinée aux patients et aux familles



Nos valeurs sont l'optimisme, la prévention et la réactivité.

### ACCUEIL

Possibilité de prise de contact ou de rendez-vous (gratuit) par téléphone au :

**06 67 90 92 32**

Du lundi au vendredi

De 09h00 à 16h30

*(Possibilité de laisser un message)*

**Ce numéro n'est pas un numéro d'urgence !**

Psychiatre responsable du Dispositif 15-25 ans :  
Dr Chantal MARTINEZ



### Où nous trouver ?

CENTRE HOSPITALIER DE MONTAUBAN  
100, Rue Léon Cladel – BP 765  
82013 MONTAUBAN Cedex

**Pour venir en bus au CH de Montauban :**

>> Ligne D : Hippodrome - Italie

**Pour trouver nos locaux :**

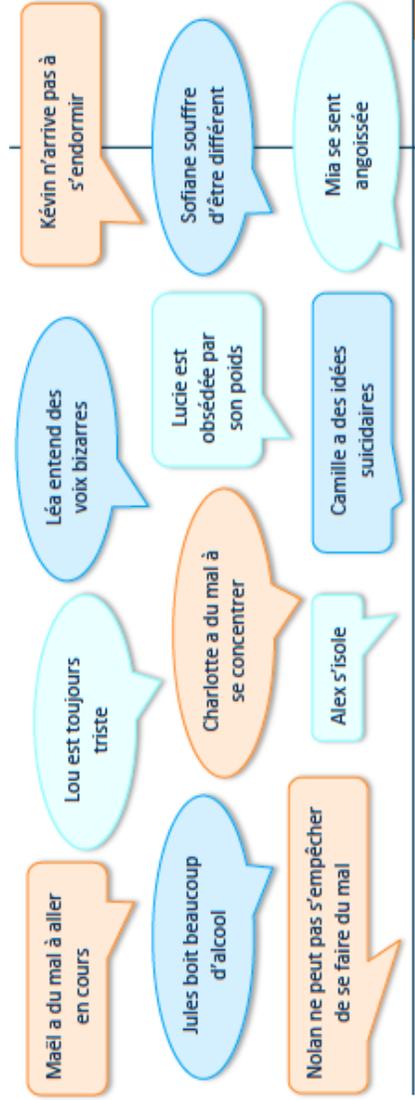
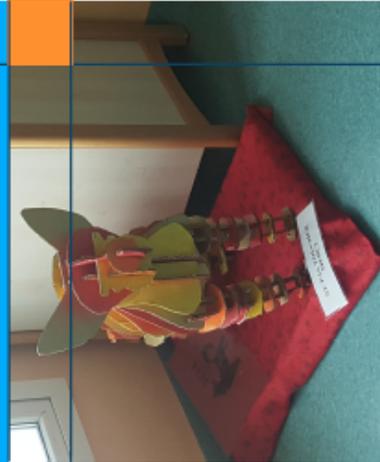
*Nous sommes situés dans les bâtiments préfabriqués en face des secrétariats des secteurs 1 et 2 de psychiatrie.*



## Quelque chose a changé...

- Difficultés à se concentrer, mémoriser, réfléchir
- Tendance à s'isoler
- Modification des perceptions (visuelle, auditive, etc.)
- Humeur triste
- Difficultés à dormir
- Sentiment d'étrangeté
- Angoisses
- Diminution de la motivation

*Ces symptômes peuvent témoigner d'un trouble psychique débutant !*



## Une équipe spécialisée à votre écoute

### Besoin d'une aide, d'une évaluation, d'un accompagnement ?

Une équipe spécialisée composée de psychiatres, de psychologues, d'infirmiers et d'assistantes sociales est à votre disposition.

Des professionnels tenus à la confidentialité vous accueillent sans jugement.

Nous nous préoccupons de votre santé mais aussi de votre bien-être. Nous proposons des psychothérapies, des aides médicamenteuses. Nous soutenons l'accès au logement, à la scolarité, à la formation professionnelle, à l'emploi et à l'autonomie.

### “Mieux vaut prévenir que guérir”

Le Dispositif 15-25 ans est né de la volonté de soignants en psychiatrie de faciliter l'accès aux soins des jeunes présentant des difficultés psychiques.

Il s'adresse aux personnes manifestant un état mental à risque de troubles psychiatriques. Une prise en charge précoce et globale de ces jeunes dans leur environnement peut prévenir l'évolution vers un trouble sévère et/ou chronique.

Notre objectif est de promouvoir la **déstigmatisation** et l'**accessibilité** des soins psychiatriques.

## 7.2. Annexe 2 : Brochure d'information destinée aux médecins généralistes

### Détection des états mentaux à risque de psychose

#### La détection précoce des troubles psychotiques aide :

- Elle diminue le risque de suicide,
- Elle améliore le pronostic clinique et fonctionnel de la maladie,
- Elle peut modifier le pronostic évolutif des troubles.

#### Recommandations de la Haute Autorité de Santé pour la schizophrénie, 2003 :

- Poser le diagnostic le plus précocement possible,
- Privilégier une prise en charge ambulatoire par une équipe spécialisée,
- Définir un soignant référent qui coordonne la prise en charge dans sa globalité.

#### Plan « Bien-être et Santé de jeunes », 2016 :

- Identifier et évaluer précocement les signes de mal-être et de souffrance chez les adolescents et les jeunes adultes,
- Mieux orienter ces jeunes vers les professionnels compétents,
- Favoriser les interventions précoces.



#### Soyez attentifs aux états mentaux à risque de psychose !

- Les jeunes parlent rarement spontanément de leurs expériences inhabituelles en lien avec le développement d'un premier épisode psychotique.
- Les premières plaintes sont souvent vagues et spécifiques (diminution de la concentration, sentiment de « mal-être », méfiance, difficultés dans les relations sociales, etc.).
- 70% des patients décrivent ces symptômes précoces, appelés « signes prodromiques de la schizophrénie », à leur médecin généraliste.



#### Allez plus loin dans l'interrogatoire !

- Interrogez-les de manière plus approfondie sur leurs pensées, leurs peurs, leurs soucis, leurs relations sociales, leurs performances scolaires ou professionnelles et leurs expériences étranges récentes :

*As tu l'impression que les gens te regardent ou te critiquent sans raison ?*

*Peux tu sentir, entendre ou voir des choses que les autres ne peuvent pas ?*

*As tu le sentiment que des choses banales ont une signification spéciale juste pour toi ?*

*As tu le sentiment que quelque chose d'étrange est en train de se passer sans que tu puisses l'expliquer ?*

- Pensez à interroger leur entourage.

#### Utilisez les critères suivants pour adresser des jeunes âgés entre 15 et 25 ans au « Dispositif 15-25 ans » :

#### Tout jeune présentant au moins un des critères suivants de manière persistante :

- Humeur dépressive
- Anxiété
- Diminution de la concentration
- Diminution de la motivation
- Trouble du sommeil
- Isolement social
- Détérioration du fonctionnement
- Méfiance
- Comportement étrange
- Diminution de l'hygiène personnelle
- Affects inappropriés
- Discours vague ou trop élaboré
- Croyances bizarres
- Expériences perceptives inhabituelles

#### OU Tout jeune présentant des antécédents familiaux de psychose ET une détérioration du fonctionnement ≥ 1 mois.

*Patient informé et d'accord pour rencontrer un membre du Dispositif 15-25 ans (autorisation parentale si mineur). Les jeunes ayant une utilisation nocive d'alcool ou de toxiques sont acceptés.*

#### Le « Dispositif 15-25 ans » c'est :

- Analyse rapide des demandes < 1 semaine,
- 1<sup>er</sup> RDV rapide, évaluation et suivi sans rupture avec établissement pour chaque jeune d'une référence de continuité coordonnant les soins,
- Des soins spécifiques, non stigmatisant, adaptés aux difficultés du jeune.

**Dispositif 15-25 ans**

**06 67 90 92 32**

Du lundi au vendredi de 09h00 à 16h30

Centre Hospitalier de Montauban  
100 Rue Léon Cladel – BP 765  
82013 MONTAUBAN Cedex

### 7.3. Annexe 3 : Diapositives utilisées lors de la présentation orale dans le groupe intervention

# DISPOSITIF 15-25 ANS



Gwendy SHITALOU  
Interne en Psychiatrie  
Faculté de Médecine de Toulouse



## PLAN

- I. Quelle problématique ?
- II. Quel besoin ?
- III. Recommandations
- IV. Quelle prise en charge ?
- V. Qui adresser ?
- VI. L'équipe du Dispositif 15-25 ans
- VII. Nous contacter

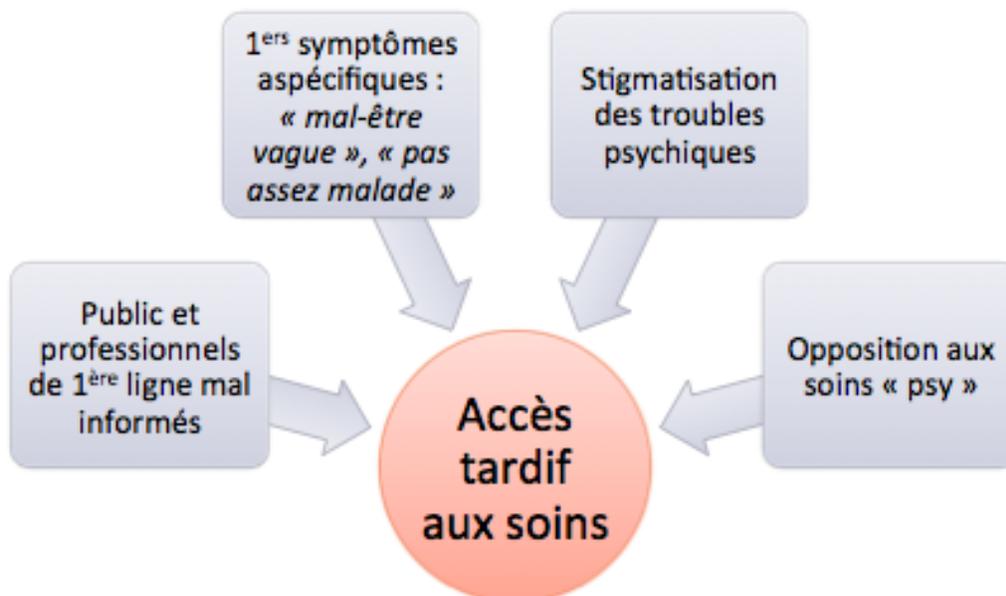
## LA SCHIZOPHRÉNIE EN MÉDECINE GÉNÉRALE

- Une des 5 maladies mentales les plus fréquentes : 1% de la pop.
- 70% des patients ont décrit leurs prodromes à leur MG
- 40% des patients parlent d'abord de leur symptômes à leur MG

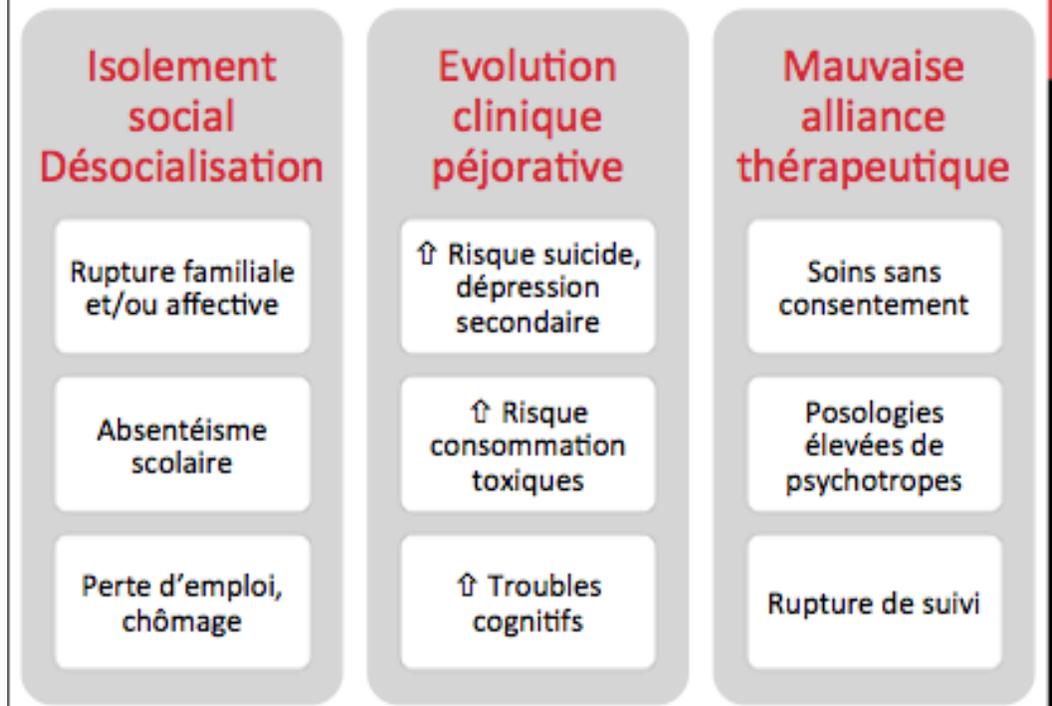
Pourtant :

- **Délai moyen d'adressage** à un centre spécialisé après une consultation chez le médecin généraliste > **3 mois**.
- **Délai moyen d'introduction d'un traitement** après apparition des 1<sup>ers</sup> symptômes psychotiques francs : **14 mois**.

## LE PROBLÈME...



## LES CONSÉQUENCES...



## QUEL BESOIN ?

Dans la schizophrénie débutante, un **délai plus court** entre l'apparition des 1<sup>ers</sup> symptômes psychotiques et l'introduction d'un traitement est associé à un **meilleur pronostic à court terme** concernant :

- la sévérité des symptômes,
- le taux de rémission,
- le risque de rechute,
- le fonctionnement global,
- la qualité de vie.

➔ **Faciliter l'accès aux soins des jeunes débutant un trouble psychique** à risque d'évoluer vers une forme sévère ou chronique.

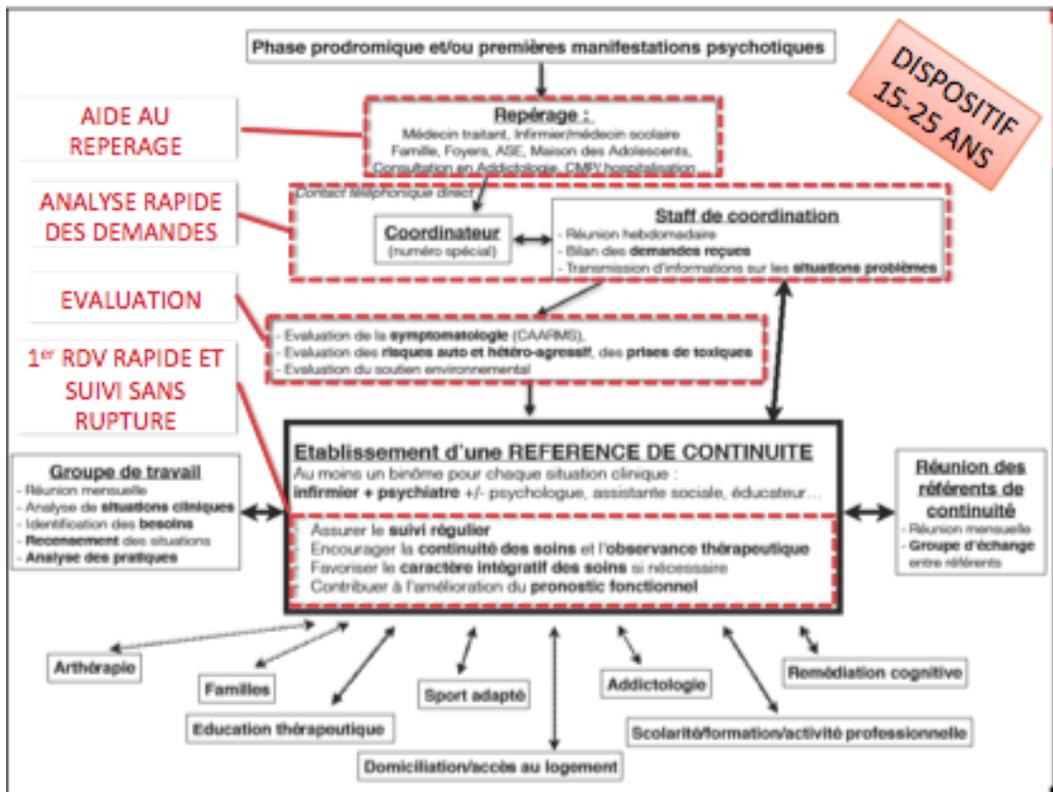
# RECOMMANDATIONS FRANÇAISES POUR LES TROUBLES PSYCHIQUES DÉBUTANT

➤ Recommandations de la Fédération Française de Psychiatrie et de l'ANAES (ex-HAS) pour la schizophrénie débutante, 2003 :

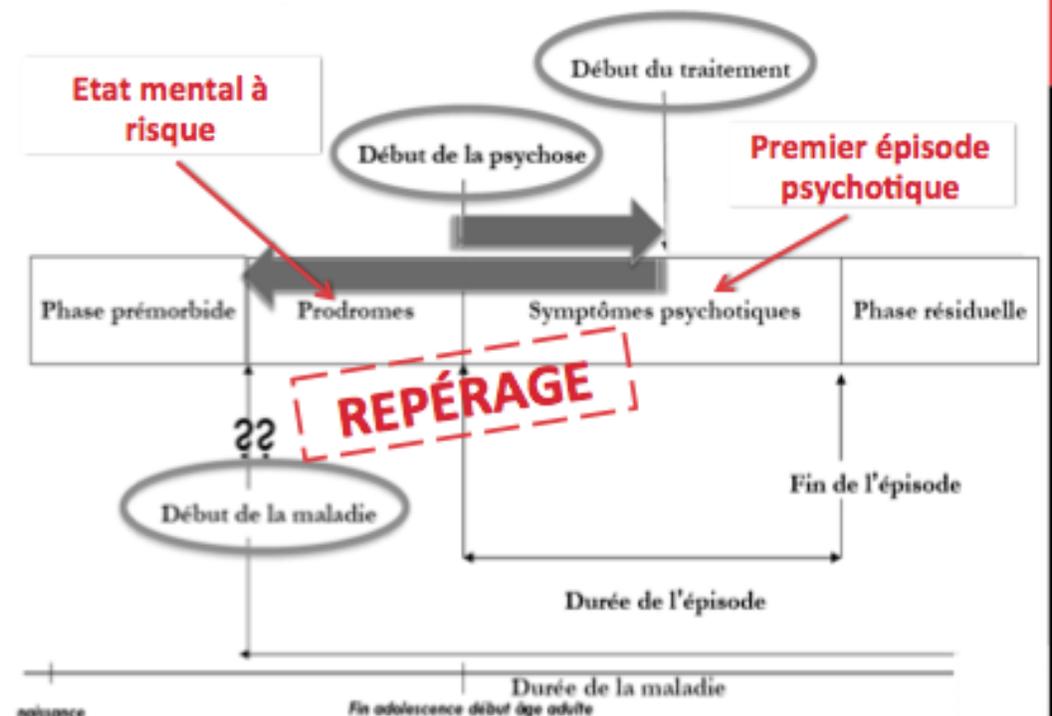
- ✓ Poser le **diagnostic le plus précocement possible**.
- ✓ Pour éviter toute stigmatisation, **privilégier une prise en charge ambulatoire** par une équipe spécialisée.
- ✓ Un **soignant référent doit coordonner** la prise en charge dans sa globalité.

➤ Plan « Bien-être et Santé des jeunes », 2016 :

- ✓ **Identifier et évaluer précocement** les signes de souffrance et de mal-être chez les adolescents et jeunes adultes.
- ✓ **Mieux orienter** ces jeunes vers les professionnels compétents.
- ✓ **Favoriser les interventions précoces**.



## LA SCHIZOPHRÉNIE : MALADIE À DÉBUT PROGRESSIF



## COMMENT REPÉRER UN « ÉTAT MENTAL À RISQUE » ?

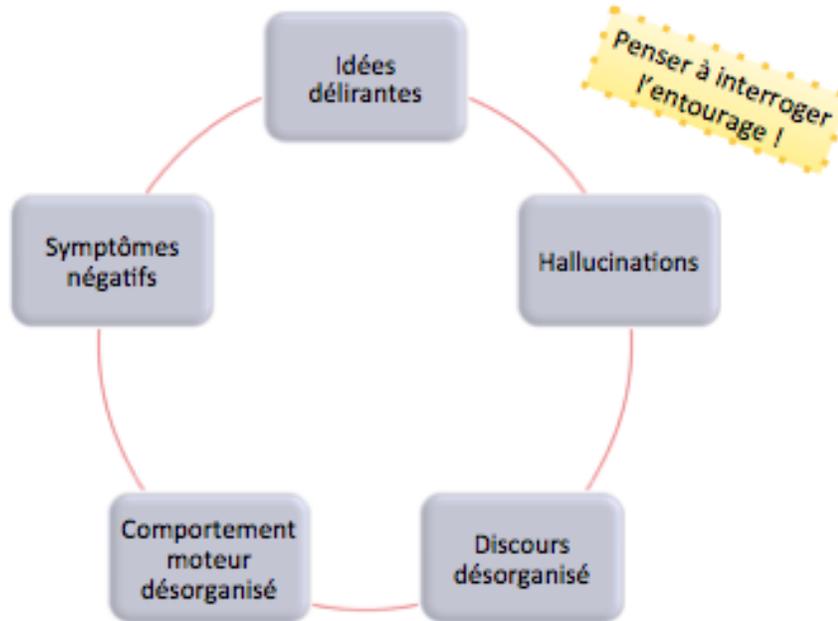
Penser à interroger l'entourage !

Signes prodromiques précoces peu spécifiques	Signes prodromiques tardifs = symptômes psychotiques atténués
<input type="checkbox"/> Retrait social <input type="checkbox"/> Détérioration du fonctionnement <input type="checkbox"/> Humeur dépressive <input type="checkbox"/> Diminution de la concentration <input type="checkbox"/> Diminution de la motivation <input type="checkbox"/> Troubles du sommeil <input type="checkbox"/> Anxiété <input type="checkbox"/> Méfiance	<input type="checkbox"/> Comportement étrange <input type="checkbox"/> Diminution de l'hygiène personnelle <input type="checkbox"/> Affect inapproprié <input type="checkbox"/> Discours vague ou trop élaboré <input type="checkbox"/> Discours circonstancié <input type="checkbox"/> Croyances bizarres ou pensées magiques <input type="checkbox"/> Expériences perceptives inhabituelles

Mais aussi :

- ✓ Troubles psychotiques brefs régressant spontanément en moins d'1 semaine.
- ✓ Antécédents familiaux de psychose + altération du fonctionnement.

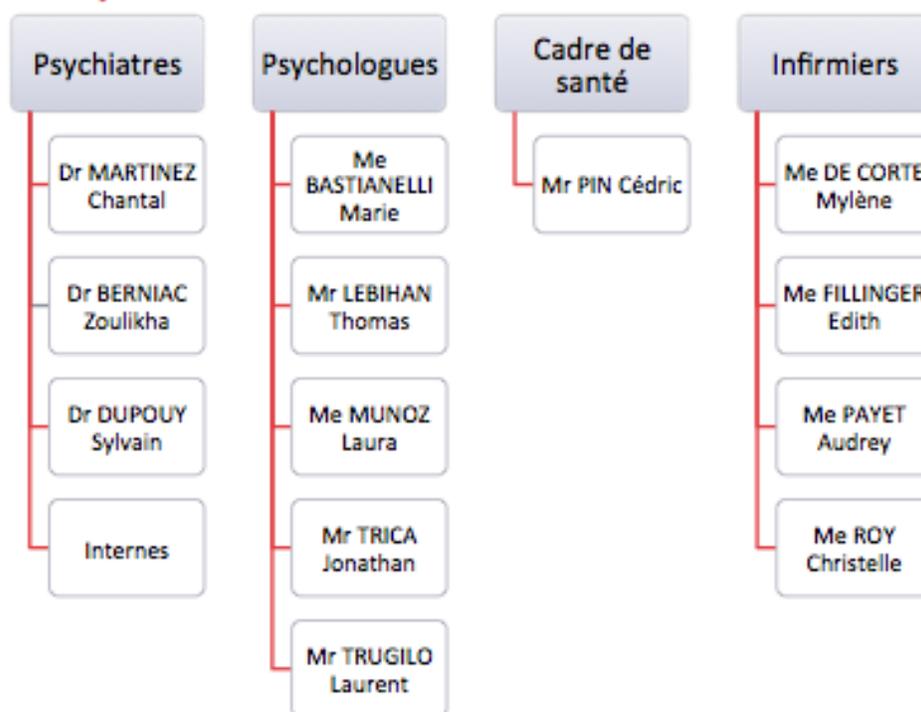
## COMMENT REPÉRER UN 1<sup>ER</sup> ÉPISODE PSYCHOTIQUE ?



## QUI ADRESSER ?

- ✓ Adolescents et jeunes adultes de **15 à 25 ans** :  
*Âge préférentiel d'éclosion de la plupart des maladies psychiatriques, en particulier la schizophrénie.*
- ✓ **Difficultés psychologiques retentissant sur la scolarité, l'activité professionnelle ou la vie sociale**
- ✓ Problématique d'usage de **toxiques**
- ✓ **Symptômes psychiatriques préoccupants**
- ✓ Patient (autorisation parentale si mineur) **informé et ok** pour rencontrer un membre du Dispositif 15-25 ans
- ✓ Tout le **département du Tarn-et-Garonne**.

## L'ÉQUIPE DU DISPOSITIF 15-25 ANS



## NOUS CONTACTER

Centre Hospitalier de Montauban  
100 Rue Léon Cladel – BP 765  
82013 MONTAUBAN Cedex

**06 67 90 92 32**

Du lundi au vendredi de 09h00 à 16h30

Possibilité de laisser un message

**Ce numéro n'est pas un numéro d'urgence**



## 7.4. Annexe 4 : Questionnaire de l'étude

### Questionnaire

Merci de répondre aux questions suivantes, vos réponses resteront strictement confidentielles.

\*Obligatoire

**Précisez votre numéro d'anonymat : \***

---

**1. Vous êtes ? \***

*Une seule réponse possible.*

- Un homme  
 Une femme

**2. Quel âge avez vous ? \***

---

**3. Dans quelle ville exercez vous ? \***

---

**4. Avez vous effectué un stage dans un service de psychiatrie durant vos études de médecine ? \***

*Une seule réponse possible.*

- Oui  
 Non

**5. Avez vous déjà été le premier recours médical d'une personne présentant une schizophrénie débutante ? \***

*Une seule réponse possible.*

- Oui  
 Non

**6. Avez vous diagnostiqué un cas suspect de schizophrénie débutante au cours de l'année précédente ? \***

*Une seule réponse possible.*

- Non  
 1 ou 2 fois dans l'année  
 Plus de 3 fois dans l'année

**7. Connaissez vous au moins une personne de votre entourage ou dans vos connaissances qui est atteinte de schizophrénie ? \***

*Une seule réponse possible.*

- Oui  
 Non

**8. Connaissez vous les concepts de "signes prodromiques de la schizophrénie" et "d'état mental à risque de psychose" ? \***

*Une seule réponse possible.*

- Oui  
 Non

**9. Connaissez vous le Dispositif 15-25 ans proposé par l'hôpital de Montauban ? \***

*Une seule réponse possible.*

- Oui  
 Non

## **Cette section concerne les conséquences si vous identifiez les états mentaux à risque de psychose pendant vos consultations.**

Merci de répondre à tous les items.

Sous chacune des affirmations suivantes, il y a une échelle à 7 points. Indiquez dans quelle mesure cette description vous correspond en cliquant sur le chiffre correspondant.

**10. Identifier un patient présentant un état mental à risque pendant ma consultation serait : \***

*Une seule réponse possible.*

	1	2	3	4	5	6	7	
Impossible	<input type="radio"/>	Possible						

**11. Pour identifier un patient présentant un état mental à risque pendant ma consultation je serais à l'aise : \***

*Une seule réponse possible.*

	1	2	3	4	5	6	7	
Pas du tout	<input type="radio"/>	Tout à fait						

**12. Identifier un patient présentant un état mental à risque pendant ma consultation serait : \***

*Une seule réponse possible.*

	1	2	3	4	5	6	7	
Inutile	<input type="radio"/>	Précieux						

**13. Identifier un patient présentant un état mental à risque pendant ma consultation serait : \***

*Une seule réponse possible.*

	1	2	3	4	5	6	7	
Nocif	<input type="radio"/>	Bénéfique						

**14. Identifier un patient présentant un état mental à risque pendant ma consultation serait un travail : \***

*Une seule réponse possible.*

	1	2	3	4	5	6	7	
Gratifiant	<input type="radio"/>	Ingrat						

**15. Identifier un patient présentant un état mental à risque pendant ma consultation serait : \***

*Une seule réponse possible.*

	1	2	3	4	5	6	7	
Important	<input type="radio"/>	Sans importance						

**16. Identifier un patient présentant un état mental à risque pendant ma consultation serait : \***

*Une seule réponse possible.*

	1	2	3	4	5	6	7	
Inapproprié pour ma mission de médecin généraliste	<input type="radio"/>	Approprié pour ma mission de médecin généraliste						

**Cette section concerne ce que les autres pensent du fait que vous identifiiez des états mentaux à risque pendant vos consultations.**

Merci de répondre à tous les items

Sous chacune des affirmations suivantes, il y a une échelle à 7 points. Indiquez dans quelle mesure cette description vous correspond en cliquant sur le chiffre correspondant.

**17. Des personnes qui sont importantes pour moi pensent que je devrais identifier les états mentaux à risque pendant mes consultations. \***

*Une seule réponse possible.*

	1	2	3	4	5	6	7	
Pas du tout	<input type="radio"/>	Tout à fait						

**18. Je ressens une pression professionnelle pour identifier les états mentaux à risque pendant mes consultations. \***

*Une seule réponse possible.*

	1	2	3	4	5	6	7	
Pas du tout	<input type="radio"/>	Tout à fait						

**19. Les personnes dont l'opinion m'importe dans ma profession n'approuveraient pas que j'identifie les patients présentant un état mental à risque pendant mes consultations. \***

*Une seule réponse possible.*

	1	2	3	4	5	6	7	
Pas du tout	<input type="radio"/>	Tout à fait						

**20. Il est attendu de moi que j'identifie les patients présentant un état mental à risque pendant mes consultations. \***

*Une seule réponse possible.*

	1	2	3	4	5	6	7	
Pas du tout	<input type="radio"/>	Tout à fait						

**Cette section concerne votre impression par rapport à l'identification et l'orientation des patients présentant un état mental à risque pendant vos consultations.**

Merci de répondre à tous les items.

Sous chacune des affirmations suivantes, il y a une échelle à 7 points. Indiquez dans quelle mesure cette description vous correspond en cliquant sur le chiffre correspondant.

**21. Identifier un patient présentant un état mental à risque pendant ma consultation serait : \***

*Une seule réponse possible.*

	1	2	3	4	5	6	7	
Facile	<input type="radio"/>	Difficile						

**22. J'ai confiance en mes capacités à identifier les patients présentant un état mental à risque pendant mes consultations. \***

*Une seule réponse possible.*

	1	2	3	4	5	6	7	
Pas du tout	<input type="radio"/>	Tout à fait						

**23. Si j'essayais, je pourrais identifier les états mentaux à risque pendant mes consultations. \***

*Une seule réponse possible.*

	1	2	3	4	5	6	7	
Pas du tout	<input type="radio"/>	Tout à fait						

**24. Comment situez vous votre maîtrise de l'identification des états mentaux à risque pendant vos consultations ? \***

*Une seule réponse possible.*

	1	2	3	4	5	6	7	
Pas du tout maîtrisée	<input type="radio"/>	Totalement maîtrisée						

**25. Je pourrais identifier un patient présentant un état mental à risque pendant ma consultation sans difficulté. \***

*Une seule réponse possible.*

	1	2	3	4	5	6	7	
Pas du tout	<input type="radio"/>	Tout à fait						

**26. Ce n'est pas à moi de décider si les patients présentant un état mental à risque doivent être identifiés pendant mes consultations.\***

*Une seule réponse possible.*

	1	2	3	4	5	6	7	
Pas du tout	<input type="radio"/>	Tout à fait						

**27. Si je le voulais, je pourrais adresser un patient présentant un état mental à risque au Dispositif 15-25 ans. \***

*Une seule réponse possible.*

	1	2	3	4	5	6	7	
Pas du tout	<input type="radio"/>	Tout à fait						

**28. J'ai confiance en mes capacités à fournir des explications sur le Dispositif 15-25 ans à un de mes patients. \***

*Une seule réponse possible.*

	1	2	3	4	5	6	7	
Pas du tout	<input type="radio"/>	Tout à fait						

**29. Je veux identifier les états mentaux à risque pendant mes consultations. \***

*Une seule réponse possible.*

	1	2	3	4	5	6	7	
Pas du tout	<input type="radio"/>	Tout à fait						

**30. Je ne m'engage pas à identifier les patients présentant un état mental à risque pendant mes consultations. \***

*Une seule réponse possible.*

	1	2	3	4	5	6	7	
Pas du tout	<input type="radio"/>	Tout à fait						

**31. Je pense que j'identifierai des états mentaux à risque pendant mes consultations. \***

*Une seule réponse possible.*

	1	2	3	4	5	6	7	
Pas du tout	<input type="radio"/>	Tout à fait						

**32. J'ai l'intention d'identifier les patients présentant un état mental à risque pendant mes consultations.\***

*Une seule réponse possible.*

	1	2	3	4	5	6	7	
Pas du tout	<input type="radio"/>	Tout à fait						

## **Travail avec le Dispositif 15-25 ans**

**33. Avez vous déjà travaillé avec le Dispositif 15-25 ans ? \***

*Une seule réponse possible.*

- Oui  
 Non *Passez à la question 42.*

**Cette section concerne votre impression par rapport au travail avec le Dispositif 15-25 ans :**

Merci de répondre à tous les items.

Sous chacune des affirmations suivantes, il y a une échelle à 7 points. Indiquez dans quelle mesure cette description vous correspond en cliquant sur le chiffre correspondant.

**34. L'équipe du Dispositif 15-25 ans et moi sommes convaincus de l'utilité de travailler ensemble pour améliorer la prise en charge des jeunes qui présentent des troubles psychiques débutants. \***

*Une seule réponse possible.*

1 2 3 4 5 6 7

Pas du tout        Tout à fait

**35. J'ai quelques inquiétudes quant aux résultats de la prise en charge proposée par le Dispositif 15-25 ans pour ces jeunes. \***

*Une seule réponse possible.*

1 2 3 4 5 6 7

Pas du tout        Tout à fait

**36. L'équipe du Dispositif 15-25 ans et moi sommes d'accord sur les choses à changer pour améliorer la prise en charge de ces jeunes. \***

*Une seule réponse possible.*

1 2 3 4 5 6 7

Pas du tout        Tout à fait

**37. Je ressens un besoin d'éclaircir le but de notre travail avec le Dispositif 15-25 ans. \***

*Une seule réponse possible.*

1 2 3 4 5 6 7

Pas du tout        Tout à fait

**38. J'ai quelques désaccords avec le Dispositif 15-25 ans à propos des objectifs de notre travail. \***

*Une seule réponse possible.*

	1	2	3	4	5	6	7	
Pas du tout	<input type="radio"/>	Tout à fait						

**39. Je suis sincèrement concerné(e) par le fait d'aider l'équipe du Dispositif 15-25 à améliorer le pronostic fonctionnel et la qualité de vie des jeunes débutant une schizophrénie. \***

*Une seule réponse possible.*

	1	2	3	4	5	6	7	
Pas du tout	<input type="radio"/>	Tout à fait						

**40. L'équipe du Dispositif 15-25 ans et moi avons construit une confiance mutuelle. \***

*Une seule réponse possible.*

	1	2	3	4	5	6	7	
Pas du tout	<input type="radio"/>	Tout à fait						

## Fin du questionnaire

**Avez vous des remarques ou des suggestions ?**

---

---

---

---

**IDENTIFICATION OF EARLY PSYCHOSIS IN PRIMARY CARE :  
ASSESSMENT OF AN INFORMATION CAMPAIGN AIMING FOR A  
PERSONAL LINK**

---

ABSTRACT :

General Practitioners (GP) play a key role in accessing for young people at risk for developing psychosis to an early detection and intervention service. There is no consensus on the intervention that could improve the identification of these patients in primary care.

A randomized controlled trial assessed the impact of an information campaign aiming for a personal link on GP's intention to identify individuals at risk for psychosis. This intervention did not lead to a significant variation of the score for intention after 3 months compared to impersonal information.

However, the results suggest that information aiming a personal link could make referrals more specific using the following features: a short interview, a visual meeting, a clear and simple message (functional decline) and the possibility to exchange on concrete cases.

---

KEYWORDS : At-risk mental state, early psychosis, schizophrenia, early detection, information campaign, general practitioner, pathways to care.

---

Université Toulouse III-Paul Sabatier  
Faculté de médecine Toulouse-Purpan,  
37 Allées Jules Guesde 31000 Toulouse

---

Thesis Maintening : Toulouse, the 26th of September 2019

---

Thesis supervisor : Dr Sophie PREBOIS

---

**IDENTIFICATION DES TROUBLES PSYCHOTIQUES EMERGENTS  
PAR LE MEDECIN GENERALISTE : EVALUATION D'UNE  
STRATEGIE D'INFORMATION PRIVILEGIANT LA  
PERSONNALISATION DU LIEN**

---

RESUME EN FRANÇAIS :

Les médecins généralistes jouent un rôle central dans l'accès des jeunes ayant un état mental à risque aux centres de détection et d'intervention précoces. Il n'y a pas de consensus sur l'intervention à mettre en place pour améliorer le repérage de ces patients dans les soins primaires.

Un essai randomisé contrôlé a évalué l'effet d'une stratégie d'information privilégiant la personnalisation du lien sur l'intention des médecins généralistes d'identifier les états mentaux à risque. Le fait de bénéficier de cette intervention ne fait pas varier significativement le score d'intention à 3 mois par rapport à une information impersonnelle.

Néanmoins, les résultats suggèrent qu'une information privilégiant un lien personnalisé pourrait améliorer la spécificité de l'adressage en adoptant les modalités suivantes : une intervention de courte durée, une rencontre visuelle, un message clair et simple (déclin du fonctionnement), la possibilité d'échanger autour de cas concrets.

---

TITRE EN ANGLAIS : Identification of early psychosis in primary care : assessment of an information campaign aiming for a personal link

---

DISCIPLINE ADMINISTRATIVE : Médecine spécialisée clinique

---

MOTS-CLÉS : état mental à risque de transition psychotique, trouble psychotique émergent, schizophrénie, détection précoce, campagne d'information, médecin généraliste, parcours de soins.

---

INTITULÉ ET ADRESSE DE L'UFR OU DU LABORATOIRE :

Université Toulouse III-Paul Sabatier  
Faculté de médecine Toulouse-Purpan,  
37 Allées Jules Guesde 31000 Toulouse

---

Directeur de thèse : Dr Sophie PREBOIS