

ANNEE 2019
N°

**SUIVI ET EVOLUTION CLINIQUE APRES UN PREMIER EPISODE
PSYCHOTIQUE : PRISE EN CHARGE DE SECTEUR VERSUS PRISE
EN CHARGE SPECIFIQUE AU SEIN DU CENTRE HOSPITALIER LA
CHARTREUSE DE DIJON ENTRE 2017 ET 2019**

THESE
Présentée

à l'UFR des Sciences de Santé de Dijon
Circonscription Médecine

et soutenue publiquement le Mercredi 9 Octobre 2019

pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

par Yann ANDREOU
Né le 29/06/1989
à Montereau Fault-Yonne

AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance et mis à la disposition de la communauté universitaire élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur.

Ceci implique une obligation de citation et de référencement dans la rédaction de vos travaux.

D'autre part, toutes contrefaçons, plagiats, reproductions illicites encourt une poursuite pénale.

De juridiction constante, en s'appropriant tout ou partie d'une œuvre pour l'intégrer dans son propre document, l'étudiant se rend coupable d'un délit de contrefaçon (au sens de l'article L.335.1 et suivants du code de la propriété intellectuelle). Ce délit est dès lors constitutif d'une fraude pouvant donner lieu à des poursuites pénales conformément à la loi du 23 décembre 1901 dite de répression des fraudes dans les examens et concours publics.

ANNEE 2019

N°

**SUIVI ET EVOLUTION CLINIQUE APRES UN PREMIER EPISODE
PSYCHOTIQUE : PRISE EN CHARGE DE SECTEUR VERSUS PRISE
EN CHARGE SPECIFIQUE AU SEIN DU CENTRE HOSPITALIER LA
CHARTREUSE DE DIJON ENTRE 2017 ET 2019**

THESE
Présentée

à l'UFR des Sciences de Santé de Dijon
Circonscription Médecine

et soutenue publiquement le Mercredi 9 Octobre 2019

pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

par Yann ANDREOU
Né le 29/06/1989
à Montereau Fault-Yonne

Année Universitaire 2019-2020
au 1^{er} **Septembre 2019**

Doyen :
Assesseurs :

M. Marc MAYNADIÉ
M. Pablo ORTEGA-DEBALLON
Mme Laurence DUVILLARD

PROFESSEURS DES UNIVERSITES – PRATICIENS HOSPITALIERS

		Discipline	
M.	Sylvain	AUDIA	Médecine interne
M.	Marc	BARDOU	Pharmacologie clinique
M.	Jean-Noël	BASTIE	Hématologie - transfusion
M.	Emmanuel	BAULOT	Chirurgie orthopédique et traumatologie
M.	Yannick	BEJOT	Neurologie
Mme	Christine	BINQUET	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
M.	Philippe	BONNIAUD	Pneumologie
M.	Alain	BONNIN	Parasitologie et mycologie
M.	Bernard	BONNOTTE	Immunologie
M.	Olivier	BOUCHOT	Chirurgie cardiovasculaire et thoracique
M.	Belaïd	BOUHEMAD	Anesthésiologie - réanimation chirurgicale
M.	Alexis	BOZORG-GRAYELI	Oto-Rhino-Laryngologie
M.	Alain	BRON	Ophtalmologie
M.	Laurent	BRONDEL	Physiologie
Mme	Mary	CALLANAN	Hématologie type biologique
M.	Patrick	CALLIER	Génétique
Mme	Catherine	CHAMARD-NEUWIRTH	Bactériologie - virologie ; hygiène hospitalière
M.	Pierre-Emmanuel	CHARLES	Réanimation
M.	Jean-Christophe	CHAUVET-GELINIER	Psychiatrie d'adultes, Addictologie
M.	Nicolas	CHEYNEL	Anatomie
M.	Alexandre	COCHET	Biophysique et médecine nucléaire
M.	Luc	CORMIER	Urologie
M.	Yves	COTTIN	Cardiologie
M.	Charles	COUTANT	Gynécologie-obstétrique
M.	Gilles	CREHANGE	Oncologie-radiothérapie
Mme	Catherine	CREUZOT-GARCHER	Ophtalmologie
M.	Frédéric	DALLE	Parasitologie et mycologie
M.	Alexis	DE ROUGEMONT	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
M.	Hervé	DEVILLIERS	Médecine interne
M.	Serge	DOUVIER	Gynécologie-obstétrique
Mme	Laurence	DUVILLARD	Biochimie et biologie moléculaire
M.	Olivier	FACY	Chirurgie générale
Mme	Laurence	FAIVRE-OLIVIER	Génétique médicale
Mme	Patricia	FAUQUE	Biologie et Médecine du Développement
Mme	Irène	FRANCOIS-PURSSELL	Médecine légale et droit de la santé
M.	François	GHIRINGHELLI	Cancérologie
M.	Pierre Grégoire	GUINOT	Anesthésiologie – réanimation chirurgicale
M.	Frédéric	HUET	Pédiatrie
M.	Pierre	JOUANNY	Gériatrie
M.	Sylvain	LADOIRE	Histologie
M.	Gabriel	LAURENT	Cardiologie
M.	Côme	LEPAGE	Hépto-gastroentérologie

M.	Romarc	LOFFROY	Radiologie et imagerie médicale
M.	Luc	LORGIS	Cardiologie
M.	Jean-Francis	MAILLEFERT	Rhumatologie
M.	Cyriaque Patrick	MANCKOUNDIA	Gériatrie
M.	Sylvain	MANFREDI	Hépto-gastroentérologie
M.	Laurent	MARTIN	Anatomie et cytologie pathologiques
M.	David	MASSON	Biochimie et biologie moléculaire
M.	Marc	MAYNADIÉ	Hématologie – transfusion
M.	Marco	MIDULLA	Radiologie et imagerie médicale
M.	Thibault	MOREAU	Neurologie
M.	Klaus Luc	MOURIER	Neurochirurgie
Mme	Christiane	MOUSSON	Néphrologie
M.	Paul	ORNETTI	Rhumatologie
M.	Pablo	ORTEGA-DEBALLON	Chirurgie Générale
M.	Pierre Benoit	PAGES	Chirurgie thoracique et vasculaire
M.	Jean-Michel	PETIT	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
M.	Christophe	PHILIPPE	Génétique
M.	Lionel	PIROTH	Maladies infectieuses
Mme	Catherine	QUANTIN	Biostatistiques, informatique médicale
M.	Jean-Pierre	QUENOT	Réanimation
M.	Patrick	RAY	Médecine d'urgence
M.	Patrick	RAT	Chirurgie générale
M.	Jean-Michel	REBIBOU	Néphrologie
M.	Frédéric	RICOLFI	Radiologie et imagerie médicale
M.	Paul	SAGOT	Gynécologie-obstétrique
M	Maxime	SAMSON	Médecine interne
M.	Emmanuel	SAPIN	Chirurgie Infantile
M.	Emmanuel	SIMON	Gynécologie-obstétrique
M.	Éric	STEINMETZ	Chirurgie vasculaire
Mme	Christel	THAUVIN	Génétique
M.	Benoit	TROJAK	Psychiatrie d'adultes ; addictologie
M.	Pierre	VABRES	Dermato-vénérologie
M.	Bruno	VERGÈS	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
M.	Narcisse	ZWETYENGA	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie

PROFESSEURS EN SURNOMBRE

M.	Alain	BERNARD (surnombre jusqu'au 31/08/2021)	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
M.	Bernard	BONIN (Surnombre jusqu'au 31/08/2020)	Psychiatrie d'adultes
M.	Jean-Marie	CASILLAS-GIL (Surnombre jusqu'au 31/08/2020)	Médecine physique et réadaptation
M.	Pascal	CHAVANET (Surnombre jusqu'au 31/08/2021)	Maladies infectieuses

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES PRATICIENS HOSPITALIERS DES DISCIPLINES MEDICALES

			Discipline Universitaire
M.	Jean-Louis	ALBERINI	Biophysiques et médecine nucléaire
Mme	Lucie	AMOUREUX BOYER	Bactériologie

Mme	Shaliha	BECHOUA	Biologie et médecine du développement
M.	Mathieu	BLOT	Maladies infectieuses
M.	Benjamin	BOUILLET	Endocrinologie
Mme	Marie-Claude	BRINDISI	Nutrition
Mme	Marie-Lorraine	CHRETIEN	Hématologie
Mme	Vanessa	COTTET	Nutrition
M.	Damien	DENIMAL	Biochimie et biologie moléculaire
Mme	Ségolène	GAMBERT-NICOT	Biochimie et biologie moléculaire
Mme	Marjolaine	GEORGES	Pneumologie
Mme	Françoise	GOIRAND	Pharmacologie fondamentale
M.	Charles	GUENANCIA	Physiologie
Mme	Agnès	JACQUIN	Physiologie
M.	Alain	LALANDE	Biophysique et médecine nucléaire
M.	Louis	LEGRAND	Biostatistiques, informatique médicale
Mme	Stéphanie	LEMAIRE-EWING	Biochimie et biologie moléculaire
M.	Pierre	MARTZ	Chirurgie orthopédique et traumatologie
M.	Alain	PUTOT	Gériatrie
M.	Paul-Mickaël	WALKER	Biophysique et médecine nucléaire

PROFESSEURS EMERITES

M.	Laurent	BEDENNE	(01/09/2017 au 31/08/2020)
M.	Jean-François	BESANCENOT	(01/09/2017 au 31/08/2020)
M.	François	BRUNOTTE	(01/09/2017 au 31/08/2020)
M.	Philippe	CAMUS	(01/09/2019 au 31/08/2022)
M.	Jean	CUISENIER	(01/09/2018 au 31/08/2021)
M.	Jean-Pierre	DIDIER	(01/11/2018 au 31/10/2021)
Mme	Monique	DUMAS-MARION	(01/09/2018 au 31/08/2021)
M.	Claude	GIRARD	(01/01/2019 au 31/12/2021)
M.	Maurice	GIROUD	(01/09/2019 au 31/08/2022)
M.	François	MARTIN	(01/09/2018 au 31/08/2021)
M.	Henri-Jacques	SMOLIK	(01/09/2019 au 31/08/2022)
M.	Pierre	TROUILLOUD	(01/09/2017 au 31/08/2020)

PROFESSEURS DES UNIVERSITES DE MEDECINE GENERALE

M.	Jean-Noël	BEIS	Médecine Générale
----	-----------	-------------	-------------------

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES DE MEDECINE GENERALE

Mme	Katia	MAZALOVIC	Médecine Générale
-----	-------	------------------	-------------------

PROFESSEURS ASSOCIES DE MEDECINE GENERALE

M.	Didier	CANNET	Médecine Générale
M.	François	MORLON	Médecine Générale

MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES DE MEDECINE GENERALE

M.	Clément	CHARRA	Médecine Générale
Mme	Anne	COMBERNOUX -WALDNER	Médecine Générale
M.	Benoit	DAUTRICHE	Médecine Générale
M.	Alexandre	DELESVAUX	Médecine Générale
M.	Rémi	DURAND	Médecine Générale
M.	Arnaud	GOUGET	Médecine Générale

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES

Mme	Lucie	BERNARD	Anglais
M.	Didier	CARNET	Anglais
Mme	Catherine	LEJEUNE	Pôle Epidémiologie
M.	Gaëtan	JEGO	Biologie Cellulaire

PROFESSEURS DES UNIVERSITES

Mme	Marianne	ZELLER	Physiologie
-----	----------	---------------	-------------

PROFESSEURS AGREGES de L'ENSEIGNEMENT SECONDAIRE

Mme	Marceline	EVRARD	Anglais
Mme	Lucie	MAILLARD	Anglais

PROFESSEURS CERTIFIES

Mme	Anaïs	CARNET	Anglais
M.	Philippe	DE LA GRANGE	Anglais
Mme	Virginie	ROUXEL	Anglais (Pharmacie)

PROFESSEURS DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS DES DISCIPLINES PHARMACEUTIQUES

M.	Mathieu	BOULIN	Pharmacie clinique
M.	François	GIRODON	Sciences biologiques, fondamentales et cliniques
Mme	Evelyne	KOHLI	Immunologie

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES PRATICIENS HOSPITALIERS DES DISCIPLINES PHARMACEUTIQUES

M.	Philippe	FAGNONI	Pharmacie clinique
M.	Frédéric	LIRUSSI	Toxicologie
M.	Marc	SAUTOUR	Botanique et cryptogamie
M.	Antonin	SCHMITT	Pharmacologie



Université de Bourgogne
UFR des Sciences de Santé
Circonscription Médecine



L'UFR des Sciences de Santé de Dijon, Circonscription Médecine, déclare que les opinions émises dans les thèses qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend ne leur donner ni approbation, ni improbation.

COMPOSITION DU JURY

Président : Pr Chauvet-Gelinier
Service de Psychiatrie Adulte, CHU Dijon

Membres : Pr Trojak Benoît
Service de Psychiatrie Adulte et Addictologie, CHU
Dijon

Pr Laprevote Vincent
Service de Psychiatrie Adulte, CHU Nancy

Dr Martin Juliette
Centre d'Intervention Précoce pour Psychoses, CH La
Chartreuse, Dijon

Dr Granon Ophélie
Centre d'Intervention Précoce pour Psychoses, CH La
Chartreuse, Dijon

SERMENT D'HIPPOCRATE

"Au moment d'être admis(e) 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.

Admis(e) dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçu(e) 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 déshonoré(e) et méprisé(e) si j'y manque."

REMERCIEMENTS

Aux membres du Jury :

Monsieur le Professeur Chauvet-Gelinier,

Je vous remercie de l'honneur que vous me faites en acceptant la présidence du jury de cette thèse. Je vous suis très reconnaissant de votre accompagnement tout au long de mon apprentissage de la psychiatrie et de votre enseignement universitaire. L'observation de votre exercice a été une leçon quotidienne d'humanité et de bienveillance et je tâcherais de m'en montrer digne par la suite. Veuillez trouver ici le témoignage de ma profonde gratitude.

Monsieur le Professeur Trojak,

Je vous suis très reconnaissant d'avoir accepté de participer au jury de cette thèse. Je vous remercie pour votre enseignement et la rigueur que vous m'avez transmis durant mes études. Que ce travail présent soit le gage de ma profonde reconnaissance.

Monsieur le Professeur Laprevote,

Je suis très sensible à l'honneur que vous me faites d'avoir accepté de siéger au jury de thèse et pour l'intérêt que vous portez à mon travail. Je vous remercie pour votre bienveillance à la journée I2P Grand Est tout comme lors de la soutenance de mon mémoire de DES. Je vous témoigne ici de ma sincère reconnaissance.

Madame le Docteur Martin,

Tu me fais l'honneur de diriger ma thèse, après m'avoir ouvert les portes de ton service à deux reprises et après m'avoir permis de continuer par la suite à tes côtés. Merci pour ton attention, ta disponibilité, ta relecture et tes conseils précieux. Je suis très heureux de poursuivre dans ton service, soit assurée de ma gratitude et de mon respect.

Madame le Docteur Granon,

Tu me fais l'honneur de diriger ma thèse. Merci pour m'avoir confirmé dans ce projet que je trouvais un peu fou au départ. Merci pour ton soutien, ta patience, ta disponibilité, tes relectures ; du protocole de recherche à la version finale 10.0. Merci pour tes conseils précieux tant pour cette thèse que pour ma pratique de la psychiatrie au quotidien. Je te témoigne ici de ma réelle amitié.

Aux Docteurs :

Benoit Brethon, hématologue pédiatrique et Marie-José Milleret, pédiatre, qui m'ont transmis la passion de la médecine dès le plus jeune âge et m'ont donné envie d'être moi-même médecin.

Aux Médecins, Maîtres et Mentors croisés sur ma route ; pour la transmission de leurs savoirs, pour m'avoir donné envie d'apprendre et de devenir meilleur, tant dans les connaissances engrangées que dans la manière de délivrer des soins aux patients.

Aux équipes :

Merci à l'équipe du service de psychiatrie adulte du CHU de Dijon pour m'avoir permis d'aborder sereinement mon premier semestre d'interne et pour m'avoir accompagné durant mon début d'exercice.

Merci à l'équipe de Bengali du CHS de Sevrey ; je ne me suis jamais senti aussi bien dans une unité fermée que dans la votre, merci pour votre gentillesse et votre accompagnement.

Merci à l'équipe de psychiatrie des urgences du CH William Morey à Chalon sur Saône, pour votre disponibilité, votre accueil et votre confiance ; j'ai su après ce stage que je souhaitais travailler dans une structure d'urgence psychiatrique.

Merci à l'équipe d'Ellipses, mon premier stage au CH La Chartreuse, où mes aprioris sont rapidement tombés grâce à vous, à votre dévouement auprès des patients, à votre transmission et votre humanité.

Merci à l'équipe de gérontopsychiatrie et de Beauce en Vergy. Grâce à vous je conçois autrement les soins auprès de la personne âgée. Merci pour votre transmission et pour vos anecdotes. Vous m'avez transmis votre patience et avez rendu agréable un stage que j'appréhendais.

Merci aux équipes du Prisme et d'Upsilon, vous fréquenter au quotidien est riche d'enseignement. Je n'aurais jamais pu dire ça avant d'être passé chez vous... mais j'ai bien aimé les ados.

Enfin un énorme merci aux équipes de l'UMAO et du CIPP. Il est tellement difficile pour moi de détacher ma préférence que j'ai décidé de travailler avec vous deux. Merci aux soignants du CIPP, pour m'avoir appris tout ce que je sais, pour m'avoir fait découvrir une prise en charge novatrice et une manière de penser et de dispenser les soins autrement. Merci aux soignants de l'UMAO de jour comme de nuit. Je me souviendrais toujours de ma première garde d'interne à l'hôpital ; ce jour-là, grâce à vous, le niveau de stress a rapidement diminué. Merci pour votre réassurance régulière, vos conseils, pour le café à toute heure pour tenir. A vous deux, « j'arrive ».

A chaque soignant, chaque rencontre qui m'a permis d'apprendre et devenir ce que je suis aujourd'hui.

Aux jeunes docteurs/ internes collègues et amis :

A Justin, pour ta gentillesse, pour ton implication, pour ta « poseyyy attitude », pour ton écoute, pour toutes ces pauses à la boulangerie, pour ces matchs dans le froid à Gaston Gérard à reprendre en cœur le chant des ultras...

A David, pour ton humour, pour ton soutien, pour tes coups de gueule parfois, pour ton « smile » permanent et ton look de campeur allemand.

A Olivier, pour avoir su te montrer convaincant quand il le faut, pour ta gentillesse, ton écoute et pour ton humour qui est comme le café.

A Marion, pour les clashes le midi à l'internat lors de nos nombreux désaccords, pour ce semestre sur l'accueil où travailler avec toi a été agréable et facile. Je suis heureux de bientôt te retrouver.

A Laure, pour tous tes conseils avisés et tes remarques sur la fin de mon travail, pour ta joie de vivre, pour les nombreux cafés offerts dans ton bureau.

A Marie, parce qu'il est temps de prendre une décision au combien difficile : « revenir parmi les tiens. »

A Mathilde, pour toutes ces questions philosophiques restées en suspens, pour ta gentillesse, ton écoute, pour tes bons goûts musicaux (parfois).

A Laurent, pour la combine des remplacements, pour les apéros improvisés ou planifiés, pour ton regard sur la société et les analyses politiques, ne t'éloigne pas trop de Dijon.

A Hugo, pour ce soutien mutuel lors de la dernière ligne droite, pour ta simplicité et ton honnêteté, je suis très heureux de continuer par la suite avec toi.

A tous les membres des sessions chalet, pour ces week-ends au combien sympathiques.

Aux bébés médecins (Ingrid, Camille, Anne-Clémence, Clémence, Stéphanie, Loïc, Marie...), j'espère avoir le plaisir de vous retrouver en tant qu'internes sur l'hôpital.

A tous ceux que j'ai probablement oublié de citer, je m'en excuse d'avance, merci de m'avoir tant apporté.

A mes amis :

A Jean baptiste, dit JB, depuis les premiers jours de P1 jusqu'à ce jour. A tous ces matchs où tu me massacrais à Fifa, aux soirées « pizza hut » à regarder la ligue des champions, à ce film, à tous ces road trips et à ta présence dans les moments difficiles. Je suis fier de te compter parmi mes amis, merci.

A Laurent, je n'aurais jamais pu croire en ce lien d'amitié après ce weekend d'intégration en deuxième année. Merci d'avoir été mon coloc. Merci aussi pour ton aspect « fou-fou » au combien insupportable mais aussi au combien plaisant. Tu manques à Dijon. Je te souhaite tous le meilleur pour les prochains jours et croise les doigts pour toi. A très vite.

A Louis et Mallory, à notre rencontre dans les chambres Crous, aux discussions profondes, à l'insouciance de notre jeune âge, aux pauses lors des révisions en bas de la résidence. Même si nous nous voyons peu désormais, je prends plaisir à vous revoir à chaque fois.

A Justine, il faut croire qu'on se suit ; de la coloc d'externat jusqu'à la Chartreuse où nous allons travailler côte à côte. Merci pour ta gentillesse, pour ton soutien, pour ta réassurance dans les moments de doute et pour tous ces moments de complicité. Merci pour tout.

A François, pour ta simplicité, pour tes passions inhabituelles, pour ta lutte personnelle pour ta spécialité, pour ton écoute et ton soutien, pour ces apéros à discuter de tout et de rien, pour ses road trips imprévus, pour avoir découvert Limoges avec toi et pour tant d'autre.

A Linh-Nam et Olivia, pour vous avoir connu séparément puis ensemble, pour vos différences et votre exemplarité.

A Ugo, sans H, pour ton romantisme, pour la « floraison » qu'il y a dans ton cerveau, pour tous ces moments de complicité à la coloc, toutes ces soirées « Netflix » et j'en passe, pour ton art de préparer de bons plats à la coloc.

A Matthieu, pour ton côté je ne tiens pas en place, pour ta richesse en tant qu'individu, pour ton nomadisme et tes aventures à travers la France et l'Italie, je suis content de te retrouver à Dijon.

A Auréa pour toujours être motivée à faire une partie de tarot à toute heure du jour et de la nuit, pour ta joie de vivre et ton côté non prise de tête.

A Willy T, pour toutes tes théories sur l'espace temps et ton fameux « à toute » pour dire au revoir. Tu es toujours là quand on a besoin de toi, du match de foot au déménagement, d'un tournevis à s'occuper de Doc pendant notre absence, un grand merci pour tout.

Aux lyonnaises, à CH, à Maria, à Chouchou, à Alix, à Audrey, à tous ceux que j'ai oublié et je sais qu'il y en a, merci à vous.

A ma famille :

A mes parents, merci pour les valeurs morales que vous m'avez transmises, pour l'éducation que vous m'avez donnée, pour votre présence quand il le fallait, votre soutien, votre discipline et l'amour reçu, je n'y serais jamais arrivé sans vous. Merci à vous deux.

A Virginie, à toi ma sœur pour tes petits côtés indécis et toutes tes interrogations existentielles, pour être capable d'avoir prit une grande décision et changer totalement de voix et exercer une profession magnifique. Pour ta tolérance, pour ta bienveillance, pour faire en sorte que tous le monde dans ton giron se sente bien à tout moment, tu es une très belle personne et je suis très fier que tu sois ma sœur.

A Adélie, ma benjamine, « tu vois, si j'y suis arrivé, c'est que tu peux le faire aussi », pour ton côté casse cou, ma vie ne serait pas suffisante pour faire tout ce que tu as déjà fait. Pour tout ce que tu entreprends et ta capacité à te lancer dans quelque chose de nouveau. Je suis très fier de toi.

A ma belle famille, merci de m'avoir ouvert la porte de votre tribu et de m'avoir fait une place parmi vous. Pour votre gentillesse, pour votre simplicité, pour tous ces moments sympathiques et conviviaux. Bon courage pour me supporter les années à venir.

Enfin à toi Solène, merci d'être mon rayon de soleil quand il pleut et ma lumière quand il fait sombre. Pour ton soutien à toute épreuve, pour tes réassurances lors des moments de doute, pour y croire quand je n'y crois plus. Toutes les choses me paraissent plus simples à tes côtés. Tu me supportes quotidiennement et je sais que ce n'est pas facile. Merci d'illuminer chacune de mes journées et de me rendre heureux. Pour tout ce qui était, pour tout ce qui est et pour ce qui sera. Merci d'être là et de faire partie intégrante de ma vie. Je t'aime.

TABLE DES MATIERES

I. INTRODUCTION.....	18
I.A. Epidémiologie et généralités.....	18
I.B. Stades d'un trouble psychotiques et évolution de celui-ci.....	18
I.C. Soins spécifiques des premiers épisodes psychotiques dans le monde.....	21
I.D. Soins spécifiques des premiers épisodes psychotiques en France.....	22
I.E. Le Centre d'Intervention Précoce pour Psychose de l'hôpital La Chartreuse.....	23
I.F. Objectif de l'étude.....	24
II. MATERIELS ET METHODES.....	25
II.A. Organisation.....	25
II.B. Techniques et outils de collecte des données.....	28
II.C. Considérations éthiques et administratives éventuelles.....	29
II.D. Plan d'analyse de l'étude.....	29
II.E. Analyse statistiques.....	29
III. RESULTATS.....	30
IV. DISCUSSION.....	36
IV.A. Critère de jugement principal.....	36
IV.B. Critères de jugement secondaires.....	36
IV.C. Analyse descriptive et comparaison des groupes.....	37
IV.D. Biais.....	38
V. ARTICLE.....	40
CONCLUSION.....	64
BIBLIOGRAPHIE.....	66

TABLE DES TABLEAUX

<i>Tableau 1</i> : Sexe, âge et niveau d'études dans les groupes CIPP et CMP.....	31
<i>Tableau 2</i> : Antipsychotique de fond, génération de l'antipsychotique, forme galénique, Antipsychotique sédatif associé dans les groupes CIPP et CMP.....	31
<i>Tableau 3</i> : Nombre de rechute psychotique dans les groupes CIPP et CMP.....	33
<i>Tableau 4</i> : Présence au premier RDV médical, nombre de mois suivi avant première perte de vu des patients, nombre total de mois de suivi dans les groupes CIPP et CMP...	33
<i>Tableau 5</i> : Réhospitalisations toutes causes et durée totale des réhospitalisations toutes Causes dans les groupes CIPP et CMP.....	34
<i>Tableau 6</i> : Réhospitalisation pour rechute, durée des hospitalisations à la première Rechute, durée totale des réhospitalisations pour rechute et modalités d'hospitalisation lors des rechutes, dans les groupes CIPP et CMP.....	35

TABLE DES FIGURES

Figure 1 : Stade successifs d'un trouble psychotique.....	20
---	----

LISTE DES ABREVIATIONS

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

PEP : Premier Episode Psychotique

DUP : Duration of Untreated Psychosis

RPS : Réhabilitation Psychosociale

ETP : Education Thérapeutique du Patient

PANSS : Positive And Negative Syndrome Scale

GRIP : Graduated Recovery Intervention Program

TIPP : Traitement et Intervention Précoce dans la Psychose

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

CH : Centre Hospitalier

CIPP : Centre d'Intervention Précoce pour Psychose

UHR : Ultra Haut Risque

CMP : Centre Médico Psychologique

TCC : Thérapie Cognitivo Comportementale

RDV : Rendez-vous

CIM 10 : Classification Internationale des Maladies 10ème version

DIM : Département Informatique Médical

DSM : Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders

CPP : Comité de Protection des Personnes

CNIL : Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés

SMPR : Unité Psychiatrique Niveau 2

HAS : Haute Autorité de Santé

I. INTRODUCTION

I.A. Epidémiologie et généralités

Les psychoses sont des maladies chroniques qui représentent un problème majeur de santé publique. On estime à 1% la prévalence sur la vie entière de cette pathologie, tandis que le taux d'incidence annuel est de l'ordre de 0,2 à 0,6 % (1). Ainsi, on dénombre en France environ 600 000 personnes atteintes de schizophrénie avec 10 000 nouveaux cas par an. (2) Elle affecte aussi bien les hommes que les femmes, cependant les premières manifestations sont plus précoces chez l'homme, débutant entre 15 et 25 ans (3). Bien que l'incidence soit plus élevée chez eux, le taux de prévalence est similaire (3).

Selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), la schizophrénie est classée 8ème maladie la plus invalidante (4) et génère des coûts économiques importants pour la société, par ses retentissements multiples : perte d'activité professionnelle, moindre productivité, participation plus faible à l'emploi pour les aidants, sans oublier le coût des soins médicaux (5). Par ailleurs, les patients atteints de schizophrénie sont exposés à une surmortalité élevée par rapport à la population générale et les causes de l'augmentation des décès sont en priorité des causes non naturelles du fait d'une mortalité par suicide très forte, évaluée à 10%. En effet, la période à plus haut risque de suicide a lieu au décours du premier épisode et principalement lors de la première année de soins (6).

I.B. Stades d'un trouble psychotiques et évolution de celui-ci

L'entrée dans une pathologie psychotique est marquée par plusieurs étapes s'échelonnant sur plusieurs années (7). Ces différentes étapes regroupent une phase prémorbide, une phase prodromique puis une phase de transition qualifiée de Premier Episode Psychotique (PEP) lorsqu'une certaine intensité et durée sont dépassées (8). Cette phase d'état

peut apparaître brutalement au décours d'une bouffée délirante aiguë (état psychotique aigu d'apparition brutale) bien que la transition soit le plus souvent insidieuse et progressive.

La phase prémorbide correspond à un état de vulnérabilité à la psychose, stade dépourvu de symptôme clinique décelable. Elle s'étend en théorie de la naissance à l'apparition des premiers signes précurseurs de la maladie. Elle n'évolue pas obligatoirement vers la pathologie psychotique mais peut parfois préluder à la phase prodromique. Elle peut être marquée par la présence de signes de vulnérabilité (anomalies cognitives à minima, traits subcliniques) (9).

La phase prodromique quant à elle est retrouvée chez près de 75 % des patients ayant présenté un PEP avec une durée moyenne de cinq années. Celle-ci est découpée en deux phases : (10)

- Une phase précoce marquée par des symptômes non spécifiques et des anomalies perceptives ou cognitives.
- Une phase tardive marquée par l'apparition de symptômes psychotiques atténués ou transitoires.

Le PEP peut marquer la conversion vers la psychose, signant l'entrée dans un processus pathologique patent. Il nécessite la mise en œuvre d'un traitement antipsychotique. Un PEP se manifeste classiquement par la présence de symptômes positifs, et/ou de symptômes négatifs, et/ou de symptômes de désorganisation bien décrits dans la littérature. Plus récemment, on ajoute à ce tableau des troubles cognitifs. Ainsi, 100 % des patients souffrant de schizophrénie présentent un affaiblissement des cognitions au long cours par rapport à leur fonctionnement prémorbide (11).

Par ailleurs, de nombreuses études ont mis en lumière une corrélation entre la durée de psychose non traitée ou DUP (*Duration of Untreated Psychosis*), qui correspond à la période comprise entre l'apparition des premiers symptômes psychotiques francs et la mise en place d'un premier traitement, et sévérité du pronostic (12). Celle-ci a une durée moyenne de deux ans (13). De plus, les cinq premières années après un PEP constituent les limites de l'intervention précoce. A ce stade est déjà déterminée l'évolution aiguë ou évolution en chronicisation (14) (15). Ainsi, une méta-analyse de 2005 montre une corrélation significative entre une DUP prolongée et une moindre réponse aux antipsychotiques, une symptomatologie négative plus prononcée et une plus grande altération du fonctionnement social (16).

L'association entre DUP longue et mauvais pronostic à moyen terme (4 à 8 ans) a été également montrée (17). Enfin dans une méta-analyse de 2014, avec des durées de suivi allant de 2 à 8 ans, une corrélation significative a été retrouvée entre une longue DUP et un plus mauvais pronostic dans plusieurs domaines : symptômes positifs et négatifs, fonctionnement social, taux de rémission et pronostic général (18).

Pour ce qui est des deux modes d'entrée en maladie, brutal ou progressif, l'évolution est globalement similaire à savoir : une possible rémission, ou une évolution vers une pathologie chronique à savoir la schizophrénie, ou vers d'autres troubles psychotiques ou encore vers un trouble bipolaire (10). Ainsi, une étude récente publiée en 2018 en Chine, après trois ans de suivi, montre qu'après un PEP l'évolution peut se faire soit vers une amélioration précoce et persistante dans le temps (31,3 %), soit vers une amélioration lente mais atteignant le même niveau que le groupe précédent (14,8%), soit vers une amélioration inexistante mais sans aggravation (48,1%) ou vers une amélioration précoce avec une détérioration au cours du suivi (5,8 %) (19). Le schéma des stades successifs d'un trouble psychotique ci-dessous résume la chronologie de ces différentes phases.

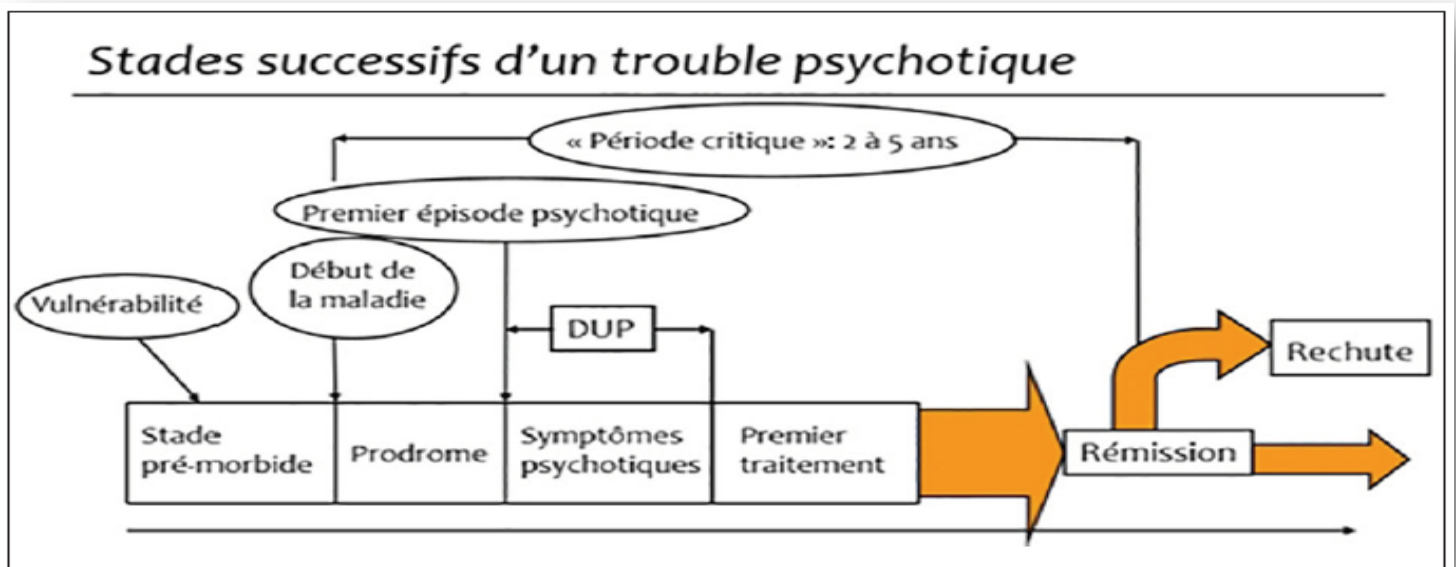


Figure 1 : Stade successifs d'un trouble psychotique (d'après Conus) (20)

I.C. Soins spécifiques des premiers épisodes psychotiques dans le monde

Il y a environ trente ans, des programmes spécialisés pour la détection et l'intervention précoce des troubles psychotiques ont été développés de manière structurée et spécifique (21). D'abord sous forme de programmes visant à proposer des soins spécialisés pour les PEP, puis la recherche s'est par la suite élargie au développement de stratégies permettant l'identification des patients à risque imminent de transition psychotique (22). Ces soins spécialisés se sont désormais étendus et de multiples programmes sont bien établis dans de nombreux pays et sur tous les continents, bien que de manière très inégale (23).

Ces soins spécifiques correspondent à des soins de Réhabilitation Psychosociale (RPS) associent principalement la remédiation cognitive et la psychoéducation ou ETP (Education Thérapeutique du Patient). La remédiation cognitive présenterait une efficacité dans la prise en charge précoce en améliorant la mémoire de travail, ainsi que la flexibilité mentale et la planification (24). Une autre étude plus récente a par ailleurs démontré une amélioration significative dans le fonctionnement cognitif et social des patients ayant reçu une remédiation cognitive. Ces améliorations sociales ont été retrouvées pour les relations interpersonnelles des patients ainsi qu'au niveau de leur capacité à exercer un emploi. Par ailleurs, il existait aussi une amélioration clinique mesurée par l'échelle PANSS (*Positive And Negative Syndrome Scale*) au niveau des symptômes positifs et sur l'échelle globale de psychopathologie (25). En ce qui concerne l'évolution après un PEP, une étude récente démontre une efficacité de la remédiation cognitive pour des patients en début de maladie (3,4 années de maladie) avec une moyenne d'âge de moins de 25 ans. Cette amélioration était retrouvée mais de manière moins importante pour le groupe de chronicité précoce (7,6 années de maladie) avec une moyenne d'âge de 31 ans. Enfin, il n'y avait pas d'amélioration pour le groupe de psychose chronique (26).

Concernant les soins spécifiques d'ETP (aide apportée au patient et à son entourage pour comprendre la maladie et les traitements, collaborer aux soins et prendre en charge son état de santé) (27), une méta-analyse récente conclue à un effet bénéfique significatif de l'ETP sur la diminution du nombre de rechutes et de réhospitalisations, ainsi que sur l'amélioration de la compliance (28). Ainsi à Melbourne, l'équipe de McGorry a implanté un

programme de psychoéducation intégré dans un centre prévoyant un programme de détection précoce et d'intervention plus élargi. *The Graduated Recovery Intervention Program* (GRIP) est composé de modules flexibles, intégrés avec un programme de thérapies comportementales et d'acquisition des habilités sociales afin d'améliorer le contrôle des symptômes et de faciliter le rétablissement après un premier épisode de psychose. Les effets observés sont en faveur d'une amélioration versus une prise en charge classique, sur le pronostic fonctionnel, les compétences sociales, ainsi qu'une amélioration clinique (à l'échelle de la PANNS) et moins d'hospitalisations (29). Enfin dans son programme original d'intervention, le TIPP, (Traitement et Intervention Précoce dans la Psychose) l'équipe de Philippe Conus a développé des livrets d'ETP didactiques et ludiques adaptés aux patients jeunes ayant eu un PEP. La psychoéducation dans ce cadre est intégrée dans un vaste programme complet (prises en charge des troubles addictifs, prise en charge de la famille, suivi régulier du patient, case manager, équipes mobiles, thérapies comportementales et remédiation cognitive). La prise en charge intégrative de ces patients présentant un premier épisode donne de très bons résultats : les patients sont plus investis dans le programme de soins, le nombre total d'admission à l'hôpital par patient est de 1,2 (sur 350 patients inclus jusqu'en 2013 et 54 % des patients ne sont pas ré hospitalisés) (30).

I.D. Soins spécifiques des premiers épisodes psychotiques en France

En France, en 2017, il existe 18 unités, dont certaines fonctionnelles dédiées à la prise en charge précoce dont 7 sont situées en île de France. Le premier programme national a été créé en 2003. Toutes les autres structures ont vu le jour à partir de 2008. Entre mars et juillet 2017, 8 projets de prise en charge précoce des troubles psychotiques étaient en cours de création, ce qui démontre un intérêt croissant pour l'intervention précoce en psychose (31). Ainsi, la file active moyenne était de 42 patients par centre en 2016 et la totalité de tous les centres confondus réunissait 588 patients pris en charge par 14 équipes, avec des disparités variant de 10 à 80 patients (31). Généralement, ces centres reposent sur la détection précoce du PEP ou sur la détection des sujets à haut risque de transition vers la psychose (32) et sur une prise en charge intensive, pluridisciplinaire et ambulatoire dans les deux à cinq ans après un PEP. Ceci afin de diminuer les conséquences fonctionnelles, le risque de chronicisation des troubles et donc le handicap (33).

I.E. Le Centre d'Intervention Précoce pour Psychose de l'hôpital La Chartreuse à Dijon

L'organisation des soins psychiatriques publics en Côte d'Or (Bourgogne), est répartie en 7 secteurs de Psychiatrie. Parmi ces 7 secteurs, un est rattaché au CHU (Centre Hospitalier Universitaire) de Dijon, un autre au CH (Centre Hospitalier) de Semur en Auxois et les 5 autres sont rattachés à l'hôpital La Chartreuse, à Dijon.

Pour ce qui est de l'intervention précoce, le CH La Chartreuse s'est doté en 2015 d'une nouvelle unité fonctionnelle : le CIPP (Centre d'Intervention Précoce pour Psychose) (34). Les soins proposés se sont progressivement développés pour offrir un parcours de soins complet et sur mesure. L'équipe comporte en 2019, deux médecins psychiatres à mi-temps (1 Equivalent Temps Plein) ainsi qu'un interne à mi-temps, deux neuropsychologues, trois infirmiers case manager ainsi qu'une assistante sociale. L'équipe du centre est dédiée à une prise en charge précoce et intensive pour les patients présentant un PEP, les patients à Ultra Haut Risque (UHR) de développer une psychose (depuis 2018), ainsi que pour les patients souffrant d'une psychose débutante c'est-à-dire évoluant depuis moins de 5 ans (35). Le CIPP a également un rôle de coordination entre les unités d'hospitalisation et le suivi extra hospitalier. Avant 2015, un PEP était orienté vers les Centres médicaux psychologique (CMP) de chacun des secteurs. Depuis 2015, l'orientation après un PEP, ou pour un patient à UHR de développer un PEP et pour les patients souffrant de psychose débutante peut se faire vers le CIPP. L'orientation vers notre unité est en constante augmentation depuis sa création.

Les patients adressés vers notre service bénéficient d'un double suivi, médical (par un médecin du service ou par le médecin ayant adressé le patient dans le service) ainsi qu'un suivi infirmier rapproché. Ici est appliqué le concept de Case Manager Suisse (33). Les patients pris en charge bénéficient de RPS précoce (remédiation cognitive, ETP, Thérapie Cognitivo-Comportementale (TCC), travail de l'estime de soi, entraînements aux habilités sociales, entraînements aux émotions positives dans la psychose).

Plus spécifiquement aux symptômes cognitifs, chaque patient adressé au CIPP bénéficie d'un bilan neuropsychologique dans le but d'évaluer les neurocognitions ainsi que les cognitions sociales. Au cas par cas, ainsi qu'en fonction des bilans effectués et des plaintes cognitives du patient, des soins spécifiques de remédiation cognitive à travers différents programmes personnalisés sont proposés.

Concernant les programmes spécifiques d'ETP il en existe 5 au CIPP pour les patients dédiés aux PEP, d'une durée de 8 à 12 séances (Symptômes, Traitements, Cannabis, Réhabilitation ainsi qu'un groupe d'ETP destiné à la famille des patients). Il existe 1 programme proposé aux UHR.

I.F. Objectif de l'étude

Il n'existe à ce jour que très peu d'études en France évaluant les effets de ce type de prise en charge par rapport à la prise en charge de secteur. En effet, un récent rapport de la *London School of Economics* de 2016 (36), qui étudie le développement de ces programmes, analyse des articles publiés par les équipes spécialisées en intervention précoce dans des revues scientifiques référencées et elle ne mentionne pas les équipes françaises fonctionnelles puisqu'elles n'ont pas publié leurs résultats. Dans tous les cas, les initiatives françaises sont mal identifiées au sein même du territoire national (37). A noter qu'une première étude française est en cours à l'hôpital universitaire de Caen en 2018 mais les résultats ne sont pas encore disponibles.

Dans ce contexte, il nous est apparu opportun d'évaluer la prise en charge précoce en psychose au sein du CIPP de Dijon par rapport au suivi de secteur. L'objectif est ici de comparer l'évolution et le suivi des patients ayant présentés un PEP au sein de l'hôpital La Chartrreuse, rechercher une possible reproductibilité des études déjà menées et de promouvoir les soins précoces en psychose.

II. MATERIELS ET METHODES

II.A. Organisation

L'objectif principal de l'étude est de démontrer une supériorité en termes d'efficacité de la prise en charge au CIPP après un PEP par rapport à la prise en charge en CMP. Le critère de jugement principal de notre étude est le nombre de rechutes psychotiques après un PEP.

Les critères de jugement secondaires sont :

- Présence ou absence au premier rendez-vous (RDV) médical.
- Nombre de mois de suivi avant la première perte de vue des patients sur la période de suivi.
- Nombre de mois de suivi total sur la période de suivi.
- Nombre de réhospitalisations toutes étiologies confondues en hôpital psychiatrique à temps complet sur la période de suivi.
- Durée des réhospitalisations toutes causes confondues en hôpital psychiatrique sur la période de suivi.
- Nombre de réhospitalisations pour rechute psychotique sur la période de suivi.
- Nombre de jours d'hospitalisation pour première rechute psychotique après un PEP pendant la période du suivi.
- Nombre total de jours d'hospitalisation pour la totalité des rechutes psychotiques pendant la période du suivi.
- Modalité des éventuelles réhospitalisations lors d'une rechute psychotique (soins libres ou en soins sous contrainte)

L'étude se déroule sur l'ensemble des services psychiatriques du CH la Chartreuse. Il s'agit d'une étude rétrospective mono-centrique. Le temps de l'étude est découpé en deux périodes :

- Une période d'inclusion des patients : du 1er Janvier 2017 au 31 Décembre 2017.
- Arrêt de l'étude au 1 er Avril 2019 et recueil de données.

La population ciblée étant tout patient ayant présenté un PEP il y a moins d'un an et adressé pour un suivi sur un des CMP du CH La Chartreuse ou sur le service CIPP.

Les critères d'inclusions des patients comprennent :

- Patient âgé de 18 à 35 ans ayant présenté un PEP en 2017 sur un des services du CH La Chartreuse.
- Patient âgé de 18 à 35 ans ayant présenté un PEP en 2017 hors CH La Chartreuse et dont le suivi post premier épisode a été initié sur un des CMP ou sur le CIPP en 2017.

Dans ce but, un large panel de diagnostics issue de la Classification Internationale des Maladies 10ème version (CIM 10) a été sélectionné avec l'aide du Département Informatique Médical (DIM) de l'hôpital La Chartreuse dans le but de cibler au mieux les patients atteints des pathologies de l'étude. Chaque dossier est étudié individuellement afin d'inclure ou non les patients. Les patients inclus sont ceux ayant bénéficié d'un des diagnostics ci-dessous par le médecin l'ayant pris en charge et codé le diagnostic CIM 10 ci-dessous lors de la première rencontre, ainsi que les diagnostics de révision sur la période d'inclusion (1er janvier 2017 au 31 décembre 2017) pour tout autre patient ayant nécessité un premier passage sur l'hôpital dont le diagnostic initial a été modifié pour un des diagnostics cités ci-dessous :

- F12 Troubles mentaux et du comportement lié à l'utilisation dérivée du cannabis.
- F20 Schizophrénie
- F21 Trouble schizotypique
- F22 Trouble délirant persistant
- F23 Trouble psychotique aigu polymorphe

- F24 Trouble délirant induit
- F25 Trouble schizo affectif.
- F28 Autres troubles psychotiques non organiques
- F29 Psychose non organique sans précision.
- F30.2 Manie avec symptômes psychotiques
- F32.3 Épisode dépressif sévère avec symptômes psychotiques
- F38.2 Autres troubles de l'humeur
- F 60.0 Personnalité paranoïaque
- F60.1 Personnalité schizoïde
- F60.8 Autres troubles spécifiques de la personnalité
- F60.9 Trouble de la personnalité sans précision
- F61 Troubles mixtes de la personnalité et autres troubles de la personnalité
- F63 Troubles des habitudes et des impulsions
- F68 Autres troubles de la personnalité et du comportement chez l'adulte.
- F69 Troubles de la personnalité et du comportement chez l'adulte sans précision.

Nous avons donc inclus tout dossier pouvant correspondre à un diagnostic d'une quelconque psychose, ainsi que 3 grandes étiologies différentielles à savoir :

- Les troubles de l'humeur avec composantes psychotiques
- Les troubles de personnalités
- Les troubles du comportement lié aux consommations de cannabis

Les critères d'exclusion comprennent :

- Toute révision diagnostique avant ou après la date d'inclusion.

- Tout dossier médical, qui lors de son étude individuelle ne permet pas de retenir le diagnostic de PEP en fonction de la clinique du DSM (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*) 5, nous retiendrons pour un PEP les critères du DSM 5 d'un trouble schizophréniforme (8).
- Les patients connus du CH La Chartreuse avant le 1er janvier 2017 pour PEP et les patients adressés au CH La Chartreuse après le 31 décembre 2017 pour ce même diagnostic.
- Les patients connus de structures hospitalières psychiatriques hors secteur admis sur le site du CH La Chartreuse pour un PEP et dont le suivi ultérieur est effectué sur leur secteur d'origine ainsi que les patients ayant présenté une décompensation d'un état psychotique dans un contexte de voyage pathologique.
- Les patients hospitalisés pour un PEP sur le CH La Chartreuse qui sont orientés sur un secteur hors établissement.
- Les patients adressés sur le site du CH La Chartreuse pour un deuxième épisode psychotique dont le premier épisode a été pris en charge hors secteur.
- Les patients polytoxicomanes qui ne peuvent bénéficier de la prise en charge au CIPP.

II.B. Techniques et outils de collecte des données

Une demande au DIM du CH la Chartreuse a été réalisée pour l'obtention des données de la population étudiée, associé aux critères d'inclusion et d'exclusion pour constituer la cohorte. Les variables collectées sont : l'âge, le sexe, le secteur géographique des patients, le niveau d'étude scolaire ainsi que les données relatives au critère de jugement principal et aux critères de jugement secondaires. Les sources utilisées sont le dossier médical papier (pour tous les éléments cliniques) et le dossier médical informatique (pour tous les éléments relatifs aux traitements). Les variables sont répertoriées sur un tableau Excel anonyme au sein d'un ordinateur de bureau de l'hôpital de La Chartreuse.

II.C. Considérations éthiques et administratives éventuelles

Toutes les données pouvant permettre d'identifier indirectement les patients après consultation des dossiers médicaux sont anonymisés (âge, date de naissance, sexe, nom, prénom et adresse) en numéros de série. Par ailleurs l'étude étant monocentrique et rétrospectives, nous n'avons pas eu nécessité d'obtenir l'autorisation du Comité de Protection des Personnes (CPP) ou de la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL). Cette étude n'entraîne pas de modification dans la prise en charge des patients.

II.D. Plan d'analyse de l'étude

Chaque numéro de série pourra par la suite entrer dans deux groupes distincts :

- Un groupe de prise en charge par le CIPP entre le 1er janvier 2017 et le 31 décembre 2017
- Un groupe de prise en charge par le CMP du secteur du patient entre le 1er janvier 2017 et le 31 décembre 2017

Les données obtenues, les numéros de série pour chacun des groupes sont saisis et contrôlés avant d'effectuer l'analyse des données.

II.E. Analyse statistiques

Du fait d'un échantillonnage peu élevé, le test exact de FISHER a été utilisé pour les variables qualitatives binaires et le test du CHI² avec correction de Yates a été réalisé pour la variable qualitative à 3 groupes correspondant au niveau scolaire des patients.

Pour les variables quantitatives le test de STUDENT a été réalisé pour analyser la durée de suivi en mois et le test de WILCOXON-MANN WHITNEY pour les autres variables quantitatives, ainsi que pour l'analyse de notre critère de jugement principal. Dans chacun des tests, le risque alpha a été défini à 5 % avec une valeur significative définie pour $p < 0,05$.

III. RESULTATS

Sur les 155 dossiers papiers correspondant aux diagnostics CIM 10 précédemment, seul 140 dossiers ont pu être analysés, au sein du service CIPP, des 8 CMP de secteur ainsi que dans les secrétariats correspondant au secteur intra hospitalier. La consultation de 15 dossiers papiers rattachés à l'Unité Psychiatrique Niveau 2 (SMPR) située à la maison d'arrêt de Dijon nous a été refusée.

Sur les 140 dossiers consultés, 47 ont été retenus en faveur d'un PEP, 9 dossiers ont été exclus pour cause d'orientation hors hôpital (2 pour rapatriement hors France, 6 pour orientation de suivi hors région, 1 décédé pendant son hospitalisation par suicide).

Au total, 38 patients ont été inclus :

- 15 patients ont été adressés au CIPP
- 23 patients ont été adressés aux différents CMP

Les variables sexe, âge et niveau d'études scolaires (rangé en 3 classes : niveau scolaire inférieur au baccalauréat, niveau scolaire entre baccalauréat et licence, niveau scolaire supérieur à la licence) ont été analysées en fonction du type de prise en charge afin de vérifier l'homogénéité des deux groupes (*Tableau 1*).

Bien que l'effectif de femmes (20 %) dans le groupe de prise en charge CIPP soit nettement inférieur à celui du groupe prise en charge au CMP (52,3%), il n'a pas été retrouvé de différence significative entre les deux groupes ($p= 0,08837520084044$). Il en est de même pour le niveau d'études scolaires avec un effectif faible de patients ayant un niveau scolaire inférieur au baccalauréat (13,3%) pris en charge au CIPP à contrario du nombre de patients au CMP (30,45 %). Le nombre de patients ayant un niveau supérieur à la licence est inférieur dans le groupe de patients pris en charge au CIPP (26,7%) par rapport au groupe de patients pris en charge au CMP (39,1%), il n'a pas été retrouvé de différence significative entre les deux groupes ($p= 0,18103401123674$).

En revanche, les patients pris en charge au CIPP étaient significativement plus jeune que les patients pris en charge au CMP avec une moyenne d'âge de 22,86 ans versus 26,52 ans ($p = 0,008939013825106$).

Tableau 1: Sexe, âge et niveau d'études dans les groupes CIPP et CMP

		Prise en charge CIPP	Prise en charge CMP	Résultats
Nombres de patients	38	15	23	
Sexe	Hommes	12 (80%)	11 (47,8 %)	p-value : 0,08837520084044
	Femmes	3 (20%)	12 (52,3%)	
Age	Moyenne	22,86	26,52	p-value : 0,008939013825106
Niveau d'études	n < BAC	2 (13,3%)	7 (30,45%)	p-value : 0,18103401123674
	BAC > n < BAC + 3	9 (60%)	7 (30,45%)	
	n > ou = BAC + 3	4 (26,7%)	9 (39,1%)	

CIPP : Centre d'Intervention Précoce pour Psychose

CMP : Centre Médico Psychologique

BAC : Baccalauréat

En ce qui concerne les traitements médicamenteux, ils ont été analysés en fonction du type de prise en charge pour vérifier l'homogénéité des deux groupes : la présence ou l'absence d'un traitement antipsychotique à l'orientation du patient, la génération du traitement antipsychotique (Première ou Seconde génération), la forme galénique à l'orientation des patients, ainsi que l'adjonction ou non d'un antipsychotique sédatif associé au traitement de fond (Tableau 2).

Tableau 2: Antipsychotique de fond, génération de l'antipsychotique, forme galénique, antipsychotique sédatif associé dans les groupes CIPP et CMP.

		Prise en charge CIPP	Prise en charge CMP	Résultats
Antipsychotique de fond	Présence	15	22	p value: 1
	nombre de patients	15	23	
Génération antipsychotique	1ère génération	0	2	p value: 0,5045045045045
	2ème génération	15	20	
	nombre de patients	15	22	
Galénique	per os	11	19	p value: 0,40814806742226
	intramusculaire retard	4	3	
	nombre de patients	15	22	
Antipsychotique sédatif associé	absence	12	14	p value: 0,46566129533315
	présence	3	8	
	nombre de patients	15	22	

CIPP : Centre d'Intervention Précoce pour Psychose

CMP : Centre Médico Psychologique

Il n'a pas été retrouvé de différence significative en fonction du type de prise en charge pour la présence d'un antipsychotique de fond ($p=1$). Pour ce qui est des générations d'antipsychotiques, 2 patients dans le groupe CMP ont été orientés avec des antipsychotiques de première génération (HALOPERIDOL et ZUCLOPENTHIXOL), 0 patients dans le groupe de prise en charge au CIPP, sans différence significative ($p= 0,5045045045045$). Il n'a par ailleurs pas été retrouvé de différence significative entre les deux groupes pour la galénique du traitement de fond ($p= 0,40814806742226$) ni pour l'adjonction d'un antipsychotique sédatif par LOXAPINE ou CYAMEMAZINE ($p= 0,46566129533315$) bien que l'effectif ayant un traitement associé soit un peu plus du double dans le groupe CMP versus CIPP. A noter qu'un patient a été orienté au CMP sans traitement antipsychotique devant le refus de celui-ci et de sa famille de prendre un traitement médicamenteux.

Enfin en ce qui concerne les molécules prescrites aux patients lors de leurs orientations au CIPP, 10 patients s'étaient vu prescrire de la RISPERIDONE (66,7 %), 4 patients de l'ARIPRAZOLE (26,7%) et 1 patient de l'OLANZAPINE (6,6%). Pour les patients du CMP, 8 patients s'étaient vu prescrire de la RISPERIDONE (36,4%), 6 patients de l'ARIPRAZOLE (27,3 %), 6 patients de l'OLANZAPINE (27,3 %), 1 patients de l'HALOPERIDOL (4,5%) et 1 patient du ZUCLOPENTHIXOL (4,5%).

Au 1er Avril 2019, il y avait 3 perdus de vue dans le groupe CIPP (20%) et 15 perdus de vue dans le groupe CMP (65,2 %).

Pour ce qui est de notre critère de jugement principal, la rechute psychotique :

3 rechutes en totalité (il s'agit de 3 patients différents) pour les 12 patients (25%) encore suivis au 1er avril 2019 ont présenté une rechute psychotique dans le bras CIPP contre 11 rechutes pour les 8 patients (137,5 %) suivis au CMP (1 patiente n'a pas rechuté, 4 patients ont présenté une rechute, 2 patients ont présenté deux rechutes et 1 patient 3 rechutes) avec une différence significative entre les deux groupes ($p= 0,004053645690196$) (Tableau 3).

Tableau 3: Nombre de rechute psychotique dans les groupes CIPP et CMP.

	Prise en charge CIPP	Prise en charge CMP	Résultats
Nombre de patients*	12	8	p value: 0,004053645690196
Nombre de rechute psychotique totale	3	11	
Nombre de rechute par patient	0,25	1,375	

*Nombre de patient au 1^{er} Avril 2019

CIPP : Centre d'Intervention Précoce pour Psychose

CMP : Centre Médico Psychologique

Pour ce qui est des critères de jugement secondaires :

Concernant la venue au premier RDV médical, 1 (6,6%) patient sur les 15 patients du groupe CIPP n'a pas honoré son premier RDV à contrario, 8 patients sur les 23 (34,7 %) du CMP ne se sont pas rendus à leur premier RDV ; pour autant il n'a pas été retrouvé de différence significative ($p=0,13804407810347$). Le nombre de mois de suivi avant une première perte de vue des patients est significativement différent entre les deux groupes ($p=0,0000248$) avec une moyenne de suivi de 19,82 mois lors de la prise en charge au CIPP contre 8,26 mois lors d'une prise en charge au CMP. La durée totale de suivi sur la période (après reprise d'une prise en charge des mêmes perdus de vue) est également significativement différente ($p=0,0000241$) avec une moyenne de 20,92 mois pour les patients bénéficiant du CIPP contre 9,86 mois pour ceux du CMP (Tableau 4).

Tableau 4: Présence au premier RDV médical, nombre de mois suivi avant première perte de vue des patients, nombre total de mois de suivi, dans les groupes CIPP et CMP

		Prise en charge CIPP	Prise en charge CMP	Résultats
Présence au 1 ^{er} RDV médical	Non	1	8	p-value : 0,13804407810347
	Oui	14	14	
	Nombre de patients	15	23	
Moyenne* du nombre de suivi avant première perte de vu		19, 82	8,26	p-value : 0,0000248
Moyenne* du nombre total du suivi		20,92	9,86	p-value: 0,0000241

*Moyenne exprimée en mois

CIPP : Centre d'Intervention Précoce pour Psychose

CMP : Centre Médico Psychologique

RDV : Rendez-vous

Pour ce qui est des réhospitalisations toutes causes confondues, les patients pris en charge au CIPP ont statistiquement été moins hospitalisés que les patients des CMP ($p=0,0054848213230995$) avec 4 réhospitalisations pour 12 patients (33,33%) dans le groupe CIPP versus 13 réhospitalisations pour 8 patients (162,5%) au sein du groupe CMP. Par contre, la durée totale des réhospitalisations n'a pas montré une différence significative entre les deux groupes ($p=0,1544888524104$) malgré une moyenne de 17 jours pour les patients CIPP versus une moyenne de 57,14 jours pour les patients du CMP avec des fortes disparités allant de 204 jours à 2 jours dans ce dernier groupe. (Tableau 5)

Tableau 5: Réhospitalisations toutes causes et durée totale des réhospitalisations toutes causes dans les groupes CIPP et CMP

		Prise en charge CIPP	Prise en charge CMP	Résultats
Réhospitalisations toutes causes	Nombre de réhospitalisations	4	13	p-value : 0,0054848213230995
	Nombre de patients non réhospitalisé	8	1	
	Nombre de patients	12	8	
Durée* totale réhospitalisations toutes causes	Durée*	68	400	p-value : 0,1544888524104
	Nombre de patients	4	7	
	Moyenne*	17	57,14	

Durée et moyenne exprimées en jours

CIPP : Centre d'Intervention Précoce pour Psychose

CMP : Centre Médico Psychologique

En ce qui concerne le nombre de réhospitalisation pour rechute psychotique pour les patients non perdu de vue, les patients du groupe CIPP (25%) ont été moins réhospitalisés ($p=0,0060121136413437$) que les patients du CMP (142,8%). La durée d'hospitalisation pour la première rechute psychotique en terme de nombre de jours n'a pas retrouvé de différence significative entre les deux groupes ($p=0,51508227870964$) malgré une moyenne de 11,66 jours pour les patients CIPP versus 17,83 jours pour les patients du CMP. De même, concernant la durée totale d'hospitalisation pour toutes rechutes psychotiques au cours du suivi, il n'a pas été retrouvé de différence significative entre les deux groupes avec ($p=0,15212149388423$) avec une moyenne de 11,66 jours pour les patients du CIPP contre 62,13 jours pour ceux du CMP.

Enfin, en ce qui concerne la modalité de réhospitalisation pour rechute psychotique, toutes les hospitalisations ont été en soins sans consentement lors d'une rechute psychotique dans le groupe CMP (10 hospitalisations pour 6 patients (166,66%), contre 0 hospitalisation en soins sans consentement dans le groupe CIPP ($p=0,0011609579825472$) (Tableau 6).

Tableau 6 : Réhospitalisation pour rechute, durée des hospitalisations à la première rechute, durée totale des réhospitalisations pour rechute et modalités d'hospitalisation lors des rechutes, dans les groupes CIPP et CMP.

		Prise en charge CIPP	Prise en charge CMP	Résultats
Réhospitalisation pour rechute	Nombre de Réhospitalisation	3	10	p-value: 0,0060121136413437
	Nombre de patients non réhospitalisé	9	1	
	Nombre de patients	12	7	
Durée* des réhospitalisations à la 1 ère rechute	Durée*	35	107	p-value: 0,51508227870964
	Nombre de patients	3	6	
	Moyenne*	11,66	17,83	
Durée* totale des réhospitalisations pour rechute	Durée*	35	373	p-value: 0.0045694164822
	Nombre de patients	3	6	
	Moyenne*	11,66	62,13	
Modalités d'hospitalisation lors des rechutes	Nombre de patients en SL	3	0	p-value: 0,15212149388423
	Nombre de patients en SSC	0	10	
	Nombre de patients	12	7	

Durée et moyenne exprimées en jours

CIPP : Centre d'Intervention Précoce pour Psychose

CMP : Centre Médico Psychologique

SL : Soins Libres

SSC : Soins Sous Contrainte

IV. DISCUSSION

IV. A. Critère de jugement principal

L'objectif principal de notre étude était de démontrer une supériorité en terme d'efficacité de la prise en charge au CIPP par rapport à la prise en charge au CMP traduite par les rechutes psychotiques. Notre étude a retrouvé une différence significative concernant les rechutes psychotiques en comparant les deux types de prises en charge, tout comme d'autres études ont démontré la supériorité de la prise en charge précoce en psychose en terme de rechute psychotique (38) (39) (40) (41) (42) (43). De la même manière, Amminger et son équipe ont démontré que la prise en charge précoce proposée par ces services spécialisés et la détection précoce du trouble permettait une amélioration clinique à long terme chez les personnes atteintes de PEP (38). Nos résultats semblent en accord avec ces nombreuses études.

IV. B. Critères de jugement secondaires

Concernant un plus grand pourcentage de présence aux premiers RDV médicaux des patients orientés au CIPP par rapport au CMP malgré l'absence de différence significative, il nous semble être expliqué par l'identification rapide par le patient du médecin qui le prendra en charge au sein du CIPP. En effet, la majorité des évaluations médicales sont réalisées par un médecin de la structure dans le service d'hospitalisation du CH La Chartreuse et celles-ci sont effectuées dans la plupart des cas dans un délai inférieur à 14 jours en 2018. De plus, un infirmier case manager propose rapidement après l'évaluation médicale un suivi rapproché et intensif. Pour ce qui concerne les CMP adultes rattachés à l'hôpital La Chartreuse, le délai de RDV médical moyen était plus long qu'au CIPP en 2018 (avec en moyenne en fonction de chacun des CMP 85 jours, 60 jours, 60 jours, 49 jours, 30 jours, 28 jours, 20,5 jours et 20 jours).

Par rapport au nombre de mois de suivi avant une première perte de vue, le nombre total de mois de suivi et le mode d'hospitalisation lors des rechutes, il a été démontré que le

risque majeur de récurrence se situait dans les deux premières années après un PEP avec 40,7 % de rechute à deux ans de suivi (44). En effet une durée de suivi plus importante coïncide avec une adhésion aux soins plus élevée chez les patients, ce qui semble être le cas pour ce du groupe CIPP (39) (40).

L'adhésion aux soins et aux traitements nous apparaît comme la cause expliquant le nombre plus réduit d'hospitalisation pour rechute psychotique et d'hospitalisation toutes causes confondues dans la branche CIPP. Il en est de même pour une durée d'hospitalisation plus réduite lors des rechutes, même si cette différence n'a pas été retrouvée dans notre étude. (39) (40) (41) (42) (43). L'échantillonnage n'était probablement pas suffisant.

IV. C. Analyse descriptive et comparaison des groupes

Concernant l'analyse descriptive et les éléments de comparabilité des deux groupes : vis-à-vis du sexe, bien qu'il n'ait pas été retrouvé de différence significative entre les deux groupes, le pourcentage d'hommes était nettement supérieur dans la prise en charge CIPP (80%) que dans le groupe CMP (47,8%). Ceci est à mettre en rapport avec la différence significative en terme d'âge entre les deux groupes, à savoir des patients en moyenne plus âgés dans le groupe CMP si l'on considère que le début des troubles psychotiques est en général plus précoce chez les hommes (1) (45). En effet, selon les auteurs, l'âge moyen du début de la maladie est de 28,5 ans chez les hommes et de 32,4 ans chez les femmes, avec une incidence à l'adolescence plus faible chez les femmes et un pic entre 20 et 24 ans chez les hommes (46). Il y a donc plus d'hommes dans la branche CIPP car la moyenne d'âge est plus basse dans cette branche, les hommes entrant dans la pathologie psychotique plus tôt que les femmes. Par ailleurs, le sexe masculin serait un facteur de moins bon pronostic à court et moyen terme (47) (48). Malgré ce facteur de mauvais pronostic (sexe masculin), les résultats de la branche CIPP sont supérieurs à la branche CMP, et ce bien que le nombre d'hommes était plus important dans la branche CMP.

Par rapport au traitement médicamenteux, il existe un consensus quant à l'indication des antipsychotiques lors d'un PEP (49). En effet, la recommandation Haute Autorité de Santé (HAS) préconise un traitement antipsychotique d'une durée de 2 ans, lorsque l'épisode est unique (1). Les antipsychotiques atypiques ou de deuxième génération ont été majoritairement

prescrits pour les patients des deux groupes de l'étude (50) (51) et principalement en monothérapie (7) avec majoritairement RISPERIDONE, ARIPIPRAZOLE et OLANZAPINE. Cependant l'association à un autre traitement médicamenteux comme un antipsychotique sédatif peut être associée en début d'épisode, en cas d'anxiété ou d'agitation (7) ce qui a été le cas pour une minorité de patients des deux groupes.

IV. D. Biais

Concernant les biais identifiés, le faible nombre de patients a un impact sur les résultats et la puissance de notre étude. Ce petit échantillonnage s'explique également par le caractère monocentrique de l'étude, mais aussi par un taux d'incidence de PEP plus faible que celui théoriquement attendu. En 2017 le CH La chartreuse prenait en charge approximativement un bassin de 380000 habitants, or le taux d'incidence de PEP est de 20 /100000. Le nombre de PEP estimé sur cette période était donc de 76 cas (52). Il est possible que des patients ayant présenté un PEP aient été pris en charge par des médecins libéraux, voire n'aient pas été pris en charge. Enfin, l'exclusion de tous dossiers de patients âgés de moins de 18 ans ou de plus de 35 ans, a très probablement exclu certains PEP, tout comme l'exclusion de notre étude des patients du service pénitencier (53). Le nombre de perdus de vue dans le bras CMP de l'étude impacte les résultats. En effet, ceux-ci peuvent avoir déménagé au sein d'une autre région et bénéficier d'une prise en charge sur un nouveau secteur ou être pris en charge en médecine libérale ou avoir rechuté et arrêté tout soin. En revanche, notons qu'un patient considéré perdu de vue dans le bras CIPP après 16 mois de suivi a été orienté dans un autre centre d'intervention précoce en psychose et poursuit actuellement son suivi. Par ailleurs, notons que la seule patiente du groupe CMP non perdue de vue et n'ayant pas rechuté a été prise en charge sur le plan médical par un médecin exerçant au CIPP mais aussi dans un CMP. Pour cette patiente, ce facteur peut avoir eu un effet sur la qualité de la prise en charge et minoré le risque de rechute. La question de la différence d'âge entre les deux groupes se pose : bien que nous ayons pris soin d'exclure les âges inférieurs à 18 ans et supérieurs à 35 ans, une différence significative entre les deux groupes a été retrouvée. En effet, ces patients ne pouvaient pas bénéficier de la prise en charge du CIPP en 2017. Il nous est difficile de savoir si un âge moyen plus faible dans le groupe CIPP a un impact sur l'observance et l'adhésion aux soins.

Le biais de sélection a été réduit par la relecture de chaque dossier médical, de la bonne tenue de ceux-ci ainsi qu'en étudiant d'autres diagnostics CIM 10 différentiels de PEP. Malgré tout, la possibilité que des données cliniques n'aient pas été tracées pour des patients ayant présenté un PEP demeure possible. Il n'y a pas eu de double inclusion de patients qui auraient pu bénéficier d'un suivi de secteur avant une orientation CIPP pour un PEP. Un nombre de patients plus importants à travers une étude multicentrique et prospective nous paraît nécessaire pour une meilleure analyse dans le futur.

V. ARTICLE

Suivi et évolution clinique après un premier épisode psychotique : prise en charge de secteur versus prise en charge spécifique au sein du Centre Hospitalier La Chartreuse de Dijon entre 2017 et 2019.

Medical monitoring and clinical evolution after a first episode of psychosis: classic medical care versus specific care at the Hospital Center The Chartreuse in Dijon between 2017 and 2019.

Yanni Andreou 1, Jean-Christophe Chauvet-Gelinier 2, Juliette Martin 1, Ophélie Granon 1

1 CH la Chartreuse, Centre d'Intervention Précoce pour Psychose, F-21000 Dijon, France

2 CHU Dijon, Pôle de Psychiatrie, F-21000, France

RESUME

Objectifs : Le premier épisode psychotique signe l'entrée dans un processus pathologique patent et peut marquer la conversion vers la schizophrénie. C'est pourquoi, au début des années 2000, la France s'est dotée de services spécifiques proposant des soins spécialisés pour les patients atteints de premier épisode psychotique. Dans le but de reproduire des études internationales déjà menées et d'évaluer ces soins spécifiques au sein du Centre Hospitalier La Chartreuse à Dijon, nous avons comparé la prise en charge classique de secteur par rapport à la prise en charge spécifique au Centre d'Intervention Précoce pour Psychose en analysant le nombre de rechutes psychotiques dans chacun des groupes de patients ayant présenté un premier épisode psychotique.

Matériels et méthodes : Nous avons proposé une étude rétrospective pour des patients ayant présenté un premier épisode psychotique en 2017. L'inclusion a été réalisée à partir de l'analyse de dossiers médicaux. En 2019 nous avons consulté le nombre de rechute psychotique pour chacun de ces patients en fonction de la prise en charge reçue.

Résultats : Sur les 38 dossiers retenus, nous retrouvons 25 % de rechute au Centre d'Intervention Précoce pour Psychose contre 137,5 % dans la branche Centre Médico Psychologique, avec une différence significative entre les deux groupes.

Conclusion : La rechute psychotique diminue chez les patients ayant présenté un premier épisode psychotique adressé au Centre d'Intervention Précoce pour Psychose par rapport aux patients adressés en Centre Médico Psychologique. Une étude prospective multicentrique serait intéressante pour l'évaluation et l'analyse de ses soins spécifiques dans notre pays.

ABSTRACT

Objectives: The first episode of psychosis means the entry into an obvious pathological process and can mark the conversion to a chronic pathology such as schizophrenia. Around the world, many centers dedicated to early psychosis caring have emerged in recent years, with very encouraging results. Thus, since the early 2000s, several specific services in France have been offering specialized care for patients with a first episode of psychosis. We wanted to apply the international studies which have already been carried out and to assess this specific care within The Chartreuse Hospital Center in Dijon. To do so, we have compared the traditional caring with the specific care of the Early Psychosis Intervention Center by analyzing the number of psychotic relapses in each group of patients who presented a first episode of psychosis.

Materials and methods: We proposed a retrospective study for patients having presented a first episode of psychosis in 2017. The inclusion was made basing the analysis of medical records corresponding to a diagnosis of a first psychosis episode. On the first of April 2019, we controlled the number of psychotic relapses for each patient according to the treatment they had received.

Results: 38 cases were selected, over the follow-up period, we found 25% of psychotic relapse in the Early Psychosis Intervention Center group versus 137.5% in the Psychological Center Group, so a significant difference between the two groups. This conclusion is consistent with the rest of the international studies already conducted, despite the small number of patients included, as well as the number of lost sighted in the Psychological Center Group compared to the group from the other center.

Conclusion: The Psychotic relapse seems to be more rare for patients who presented a first episode of psychosis and were cured in an Early Psychosis Intervention Center compared to patients having a medical follow-up in a Psychological Center. A prospective multicenter study would be interesting for the assessment of this specific care in our country, for these patients at risk of developing a chronic psychosis.

Mots clés : Premier épisode psychotique ; Evolution ; Rechute psychotique ; Intervention précoce ; Soins spécifiques

Keywords: First episode of psychosis; Evolution; Psychotic relapse; Early intervention; Specific care

INTRODUCTION

Les psychoses sont des maladies chroniques qui représentent un problème majeur de santé publique. On estime à 1% la prévalence sur la vie entière de cette pathologie, tandis que le taux d'incidence annuel est de l'ordre de 0,2 à 0,6 %. Elle affecte aussi bien les hommes que les femmes, cependant les premières manifestations sont plus précoces chez l'homme (1). Bien que l'incidence soit plus élevée chez eux, le taux de prévalence est similaire (2). Selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), la schizophrénie est classée 8ème maladie la plus invalidante (3) et génère des coûts économiques importants pour la société, par ses retentissements multiples.

L'entrée dans une pathologie psychotique est le plus souvent insidieuse et progressive, marquée par plusieurs étapes s'échelonnant sur plusieurs années (4). Ces différentes étapes regroupent une phase prémorbide, une phase prodromique puis une phase de transition qualifiée de Premier Episode Psychotique (PEP) lorsqu'une certaine intensité et durée sont dépassées (5) (6) (7). Le PEP peut marquer la conversion vers la psychose, signant l'entrée dans un processus pathologique patent. Un PEP se manifeste classiquement par la présence de symptômes positifs, et/ou de symptômes négatifs, et/ou de symptômes de désorganisation bien dé-

cris dans la littérature. Plus récemment, on ajoute à ce tableau des troubles cognitifs. Ainsi, 100 % des patients souffrant de psychose présentent un affaiblissement des cognitions au long cours par rapport à leur fonctionnement prémorbide (8). Par ailleurs, de nombreuses études ont mis en lumière une corrélation entre la durée de psychose non traitée ou DUP (*Duration of Untreated Psychosis*), qui correspond à la période comprise entre l'apparition des premiers symptômes psychotiques francs et la mise en place d'un premier traitement, et sévérité du pronostic (9) (10) (11) (12) (13) (14). L'évolution est globalement similaire à savoir : une possible rémission, mais aussi une évolution vers une pathologie constituée (7) (15) (16).

Il y a environ trente ans, des programmes spécialisés pour la détection et l'intervention précoce des troubles psychotiques ont été développés de manière structurée et spécifique (17) (18). Ces soins spécialisés se sont étendus et de multiples programmes sont bien établis dans de nombreux pays, bien que de manière très inégale (19). En France, en 2017, il existe 18 unités, dont certaines fonctionnelles, dédiées à la prise en charge précoce. Entre mars et juillet 2017, 8 projets de prise en charge précoce des troubles psychotiques étaient en cours de création, ce qui démontre un intérêt croissant pour l'intervention précoce en psychose (20). Généralement, ces centres reposent sur la détection précoce du PEP (21) et sur une prise en charge intensive, pluridisciplinaire et ambulatoire après un PEP. Ceci afin de diminuer les conséquences fonctionnelles, le risque de chronicisation des troubles et donc le handicap (22).

Le Centre Hospitalier (CH) La Chartreuse s'est doté dès 2015 d'une nouvelle unité fonctionnelle : le CIPP (Centre d'Intervention Précoce pour Psychose) (23). Les soins proposés se sont progressivement développés pour offrir un parcours de soins complet et sur mesure (24). Les patients adressés au CIPP bénéficient d'un suivi pluridisciplinaire rapproché. Le concept de Case Manager Suisse est appliqué (22). Les patients pris en soin se voient proposés de la réhabilitation psychosociale précoce (remédiation cognitive, psychoéducation ou ETP (Education Thérapeutique du Patient), Thérapie Cognitivo-Comportementale (TCC), travail de l'estime de soi, entraînements aux habilités sociales, entraînements aux émotions positives dans la psychose) (25) (26) (27) (28) (29) (30) (31) (FIGURE 1).

Cependant, il n'existe à ce jour que très peu d'études en France évaluant les effets de ce type de soins par rapport celle du secteur. En effet, un récent rapport de la London School of Economics de 2016 (32), qui étudie le développement de ces programmes, analyse des articles publiés par les équipes spécialisées en intervention précoce dans des revues scientifiques référencées et elle ne mentionne pas les équipes françaises fonctionnelles qui n'ont pas

publié leurs résultats. Dans ce contexte, il nous est apparu opportun d'évaluer l'efficacité d'une prise en charge précoce spécifique au sein du CIPP de Dijon par rapport au suivi de secteur. L'objectif est ici de comparer l'évolution et le suivi des patients ayant présentés un PEP au sein de l'hôpital, rechercher une possible reproductibilité des études déjà menées et de promouvoir les soins précoces en psychose.

MATERIELS ET METHODES

L'objectif principal de l'étude est de démontrer une supériorité en termes d'efficacité de la prise en charge au CIPP après un PEP par rapport à la prise en charge en CMP. Le critère de jugement principal de notre étude est le nombre de rechutes psychotiques après un PEP. Les critères de jugement secondaires sont la présence ou l'absence au premier rendez-vous (RDV) médical, le nombre de mois de suivi avant la première perte de vue des patients, le nombre de mois de suivi total, le nombre de réhospitalisations toutes étiologies confondues en hôpital psychiatrique à temps complet, la durée des réhospitalisations toutes causes confondues en hôpital psychiatrique, le nombre de réhospitalisations pour rechute psychotique, le nombre de jours d'hospitalisation pour première rechute psychotique après un PEP, le nombre total de jours d'hospitalisation pour la totalité des rechutes psychotiques, la modalité des éventuelles réhospitalisations lors d'une rechute psychotique (soins libres ou en soins sans consentement).

L'étude se déroule sur l'ensemble des services psychiatriques du CH La Chartreuse. Il s'agit d'une étude rétrospective monocentrique. Le temps de l'étude est découpé en deux périodes :

- Une période d'inclusion des patients : du 1er Janvier 2017 au 31 Décembre 2017.
- Une période de recueil de données du suivi jusqu'au 1 er Avril 2019.

Les critères d'inclusions des patients comprennent :

- Patient âgé de 18 à 35 ans ayant présenté un PEP en 2017 sur un des services du CH La Chartreuse.

- Patient âgé de 18 à 35 ans ayant présenté un PEP en 2017 hors CH La Chartreuse et dont le suivi post premier épisode a été initié sur un des CMP du CH La Chartreuse ou sur le CIPP en 2017.

Dans ce but, un large panel de diagnostics CIM (Classification Internationale des Maladies) 10 a été sélectionné avec l'aide du Département Informatique Médical (DIM) de l'hôpital La Chartreuse dans le but de cibler au mieux les patients atteints des pathologies de l'étude. Chaque dossier est étudié individuellement par une même personne, afin d'inclure ou non les patients. Les dossiers examinés sont ceux ayant bénéficié d'un des diagnostics ci-dessous par le médecin l'ayant pris en charge et codé le diagnostic CIM 10 ci-dessous lors de la première rencontre, ainsi que les diagnostics de révision sur la période d'inclusion (1er janvier 2017 au 31 décembre 2017) pour tout autre patient ayant nécessité un premier passage sur l'hôpital dont le diagnostic initial a été modifié pour un diagnostic de psychose (F20 à F29) ainsi que ses diagnostics différentiels à savoir : les troubles de l'humeur avec symptômes psychotiques (F 30.2, F 32.3, F 38.2), les troubles de la personnalité (F 60.0, F60.1, F60.8, F60.9, F61, F63, F68, F69) ainsi que les troubles du comportement lié aux consommations de cannabis (F12).

Les critères d'exclusion comprennent :

- Toute révision diagnostique avant ou après la date d'inclusion.
- Tout dossier médical, qui lors de son étude individuelle ne permet pas de retenir le diagnostic de PEP, nous retiendrons pour un PEP les critères du DSM 5 (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*), d'un trouble schizophréniforme (5).
- Les patients connus du CH La Chartreuse avant le 1er janvier 2017 pour PEP et les patients adressés au CH La Chartreuse après le 31 décembre 2017 pour ce même diagnostic.
- Les patients connus de structures hospitalières psychiatriques hors secteur admis sur le site du CH La Chartreuse pour un PEP et dont le suivi ultérieur sera effectué sur leur secteur d'origine.
- Les patients hospitalisés pour un PEP sur le CH La Chartreuse qui seront orientés sur un secteur hors établissement.

- Les patients adressés sur le site du CH La Chartreuse pour un deuxième épisode psychotique dont le premier épisode a été pris en charge hors secteur.
- Les patients polytoxicomanes qui ne peuvent bénéficier de la prise en charge au CIPP.

Techniques et outils de collecte des données

Une demande au DIM du CH La Chartreuse a été réalisée pour l'obtention des données de la population étudiée associée aux critères d'inclusion et d'exclusion pour constituer la cohorte. Les variables collectées sont : l'âge, le sexe, le secteur géographique des patients, le niveau d'étude scolaire ainsi que les données relatives au critère de jugement principal et aux critères de jugement secondaire. Les sources utilisées sont le dossier médical papier et le dossier médical informatique. Les variables sont répertoriées sur un tableau Excel anonyme.

Considérations éthiques et administratives éventuelles

Toutes les données pouvant permettre d'identifier indirectement les patients après consultation des dossiers médicaux seront anonymisées (âge, date de naissance, sexe, nom, prénom et adresse) en numéros de série. Par ailleurs l'étude étant monocentrique et rétrospective, nous n'avons pas eu nécessité d'obtenir l'autorisation du Comité de Protection des Personnes (CPP) ou de la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL). Cette étude n'entraîne pas de modification dans la prise en charge des patients.

Plan d'analyse de l'étude

Chaque numéro de série pourra par la suite entrer dans deux groupes distincts :

- Un groupe de prise en charge par le CIPP débuté entre le 1er janvier 2017 et le 31 décembre 2017
- Un groupe de prise en charge par le CMP du secteur du patient débuté entre le 1er janvier 2017 et le 31 décembre 2017

Les données obtenues, les numéros de série pour chacun des groupes seront saisis et contrôlés avant d'effectuer l'analyse des données.

Analyses statistiques :

Du fait d'un échantillonnage peu élevé, le test exact de FISHER a été utilisé pour les variables qualitatives binaires et le test du CHI² avec correction de Yates a été réalisé pour la variable qualitative à 3 groupes correspondant au niveau scolaire des patients.

Pour les variables quantitatives le test de STUDENT a été réalisé pour analyser les suivis en termes de mois et le test de WILCOXON-MANN WHITNEY pour les autres variables quantitatives, ainsi que pour l'analyse de notre critère de jugement principal. Dans chacun des tests, le risque alpha a été défini à 5 % avec une valeur significative définie pour $p < 0,05$.

RESULTATS

Au total, 38 patients ont été inclus : 15 patients ont été adressés au CIPP, 23 patients ont été adressés aux différents CMP (FIGURE 2).

Les variables sexe, âge et niveau d'études scolaires (rangé en 3 classes : niveau scolaire inférieur au baccalauréat, niveau scolaire entre baccalauréat et licence, niveau scolaire supérieur à la licence) ont été analysées en fonction du type de prise en charge afin de vérifier l'homogénéité des deux groupes (*Tableau 1*). Bien que l'effectif de femmes (20 %) dans le groupe de prise en charge CIPP soit nettement inférieur à celui du groupe de prise en charge au CMP (52,3%), il n'a pas été retrouvé de différence significative entre les deux groupes ($p = 0,08837520084044$). Il en est de même pour le niveau d'études scolaires ($p = 0,18103401123674$). En revanche, les patients pris en charge au CIPP étaient significativement plus jeune que les patients pris en charge au CMP avec une moyenne d'âge de 22,86 ans versus 26,52 ans ($p = 0,008939013825106$). Au 1er Avril 2019, il y avait 3 perdus de vue dans le groupe CIPP (20%) et 15 perdus de vue dans le groupe CMP (65,2 %).

Pour ce qui de la rechute psychotique, 3 rechutes en totalité (il s'agit de 3 patients différents) pour les 12 patients (25%) ont été retrouvés dans le bras CIPP contre 11 rechutes pour les 8 patients (137,5 %) suivi au CMP (1 patiente n'a pas rechuté, 4 patients ont présenté une rechute, 2 patients ont présenté deux rechutes et 1 patient 3 rechutes) avec une différence significative entre les deux groupes ($p = 0,004053645690196$) (*Tableau 2*).

Concernant la venue au premier RDV médical, 6,6% des patients du groupe CIPP n'ont pas honoré leur premier RDV versus 34,7 % des patients du CMP ; pour autant il n'a pas été retrouvé de différence significative ($p= 0,13804407810347$). Le nombre de mois de suivi avant une première perte de vue des patients est significativement différent entre les deux groupes ($p= 0,0000248$) avec une moyenne de suivi de 19,82 mois lors de la prise en charge au CIPP contre 8,26 mois lors d'une prise en charge au CMP. La durée totale de suivi sur la période (après reprise d'une prise en charge des mêmes perdus de vue) est également significativement différente ($p=0,0000241$) avec une moyenne de 20,92 mois pour les patients bénéficiant du CIPP contre 9,86 mois pour ceux du CMP (*Tableau 3*).

Pour ce qui est des réhospitalisations toutes causes confondues, les patients pris en charge au CIPP ont statistiquement été moins hospitalisés que les patients des CMP ($p= 0,0054848213230995$). Par contre, la durée totale des réhospitalisations n'a pas montré de différence significative entre les deux groupes ($p= 0.1544888524104$) (*Tableau 4*).

En ce qui concerne le nombre de réhospitalisation pour rechute psychotique, les patients du groupe CIPP (25%) ont été moins réhospitalisés ($p=0,0060121136413437$) que les patients du CMP (142,8%). La durée d'hospitalisation pour la première rechute psychotique en terme de nombre de jours n'a pas retrouvé de différence significative entre les deux groupes ($p=0,51508227870964$). De même, concernant la durée totale d'hospitalisation pour toutes rechutes psychotiques au cours du suivi, il n'a pas été retrouvé de différence significative entre les deux groupes ($p= 0.15212149388423$). Enfin, en ce qui concerne la modalité de réhospitalisation pour rechute psychotique, toutes les hospitalisations ont été en soins sans consentement lors d'une rechute psychotique dans le groupe CMP (10 hospitalisations pour 6 patients (166,66%), contre 0 hospitalisation en soins sous contrainte dans le groupe CIPP ($p = 0,0011609579825472$) (*Tableau 5*).

DISCUSSION

L'objectif principal de notre étude était d'évaluer l'efficacité de la prise en charge au CIPP par rapport à la prise en charge CMP traduite par les rechutes psychotiques. Notre étude a retrouvé une différence significative en termes de rechute psychotique en comparant les deux types de prises en charge, tout comme d'autres études ont démontré la supériorité de la

prise en charge précoce en psychose en termes de rechute psychotique (33) (34) (35) (36) (37) (38).

Un plus grand pourcentage de présence aux premiers RDV médicaux des patients orientés au CIPP par rapport au CMP, malgré l'absence de différence significative, peut être expliqué par l'identification rapide par le patient du médecin qui le prendra en charge au sein du CIPP. En effet, la majorité des évaluations médicales sont réalisées par un médecin de la structure dans le service d'hospitalisation du CH La Chartreuse et celles-ci sont effectuées dans un délai inférieur à 14 jours en 2018. De plus, un infirmier case manager propose rapidement après l'évaluation médicale un suivi rapproché et intensif. Pour ce qui concerne les CMP adultes rattachés à l'hôpital La Chartreuse, le RDV médical moyen étaient plus long qu'au CIPP en 2018 (avec en moyenne en fonction de chacun des CMP 85 jours, 60 jours, 60 jours, 49 jours, 30 jours, 28 jours, 20,5 jours et 20 jours).

Concernant le nombre de mois de suivi avant une première perte de vue, le nombre total de mois de suivi et le mode d'hospitalisation lors des rechutes, il a été démontré que le risque majeur de récurrence se situait dans les deux premières années après un PEP avec 40,7 % de rechute à deux ans de suivi (39). En effet une durée de suivi plus importante coïncide avec une adhésion aux soins plus élevée chez les patients, ce qui semble être le cas pour le groupe CIPP (34) (35).

L'adhésion aux soins et aux traitements nous apparaît comme la cause expliquant le nombre plus réduit d'hospitalisations pour rechute psychotique et d'hospitalisations toutes causes confondues dans la branche CIPP. Il en est de même pour une durée d'hospitalisation plus réduite lors des rechutes, même si cette différence n'a pas été retrouvée dans notre étude (34) (35) (36) (37) (38). L'échantillonnage n'était probablement pas suffisant.

Sur l'analyse descriptive et les éléments de comparabilité des deux groupes : vis-à-vis du sexe, le pourcentage d'hommes était nettement supérieur dans la prise en charge CIPP (80%) que dans le groupe CMP (47,8%). Ceci semble coïncider avec la différence significative en terme d'âge entre les deux groupes, à savoir des patients en moyenne plus âgés dans le groupe CMP, si l'on considère que le début des troubles psychotiques est en général plus précoce chez les hommes (1) (40). Selon les auteurs, l'âge moyen du début de la maladie est de 28,5 ans chez les hommes et de 32,4 ans chez les femmes, avec une incidence à l'adolescence plus faible chez les femmes et un pic entre 20 et 24 ans chez les hommes (41). Il y a donc plus d'hommes dans la branche CIPP car la moyenne d'âge est plus basse dans cette branche. Par

ailleurs, le sexe masculin serait un facteur de moins bon pronostic à court et moyen terme (42) (43). Malgré ce facteur de mauvais pronostic, les résultats de la branche CIPP sont supérieurs à la branche CMP, et ce bien que le nombre d'hommes était plus important dans la branche CMP.

Concernant les biais identifiés, le faible nombre de patients a un impact sur les résultats et la puissance de notre étude. Ce petit échantillonnage s'explique également par le caractère monocentrique de l'étude, mais aussi par un taux d'incidence de PEP plus faible que celui théoriquement attendu. En 2017 le CH La chartreuse prenait en charge approximativement un bassin de 380000 habitants, or le taux d'incidence de PEP est de 20 /100000. Le nombre de PEP estimé sur cette période était donc de 76 cas (44). Il est possible que des patients ayant présentés un PEP aient été pris en charge par des médecins libéraux, voire n'aient pas été pris en charge. Enfin, l'exclusion de tous dossiers de patients âgés de moins de 18 ans ou de plus de 35 ans, a très probablement exclu certains PEP, tout comme l'exclusion de notre étude des patients du service pénitencier (45). Le nombre de perdus de vue dans le bras CMP de l'étude impacte les résultats. En effet, ceux-ci peuvent avoir déménagé au sein d'une autre région et bénéficier d'une prise en charge sur un nouveau secteur ou être pris en charge en médecine libérale ou avoir rechuté et arrêté tout soin. En revanche, notons qu'un patient considéré perdu de vue dans le bras CIPP après 16 mois de suivi a été orienté dans un autre centre d'intervention précoce en psychose et poursuit actuellement son suivi. Par ailleurs, notons que la seule patiente du groupe CMP non perdue de vue et n'ayant pas rechuté a été prise en charge sur le plan médical par un médecin exerçant au CIPP mais aussi dans un CMP. Pour cette patiente, ce facteur peut avoir eu un effet sur la qualité de la prise en charge et minoré le risque de rechute. La question de la différence d'âge entre les deux groupes se pose : bien que nous ayons pris soin d'exclure les âges inférieurs à 18 ans et supérieurs à 35 ans, une différence significative entre les deux groupes a été retrouvée. En effet, ces patients ne pouvaient pas bénéficier de la prise en charge du CIPP en 2017. Il nous est difficile de savoir si un âge moyen plus faible dans le groupe CIPP a un impact sur l'observance et l'adhésion aux soins. Le biais de sélection a été réduit par la relecture de chaque dossier médical, de la bonne tenue de ceux-ci ainsi qu'en étudiant d'autres diagnostics CIM 10 différentiels de PEP. Malgré tout, la possibilité que des données cliniques n'aient pas été tracées pour des patients ayant présentés un PEP demeure possible. Il n'y a pas eu de double inclusion de patients qui auraient pu bénéficier d'un suivi de secteur avant une orientation CIPP pour un PEP. Un nombre de pa-

tients plus importants à travers une étude multicentrique et prospective nous paraît nécessaire pour une meilleure analyse dans le futur.

CONCLUSION

Nos résultats encourageants semblent concorder avec le reste des études internationales déjà réalisées, une prise en charge précoce et spécifique en psychose permettrait de réduire les rechutes psychotiques et donc améliorer le pronostic global. Une étude prospective, multicentrique française serait intéressante et nécessaire dans le futur pour renforcer notre recherche et favoriser la croissance de ces soins spécifiques sur notre territoire. Enfin, bien que la prise en charge précoce soit intensive et nécessite plusieurs acteurs des champs de la santé, l'intervention précoce en psychose permettrait de faire des économies par rapport à la prise en charge classique ou communautaire à court terme et à long terme (37) (46). Il nous paraît donc opportun de favoriser ce type de prise en charge tant pour les patients que pour la société en général.

DECLARATION D'INTERETS

Les auteurs ont déclaré n'avoir aucun lien d'intérêt en lien avec cet article.

FIGURE 1 : Parcours des soins au CIPP

CIPP : Centre d'Intervention Précoce pour Psychose
 CH : Centre Hospitalier
 UHR : Ultra Haut Risque
 PEP : Premier Episode Psychotique
 ETP : Education Thérapeutique du Patient
 TCC : Thérapie Cognitivo Comportementale

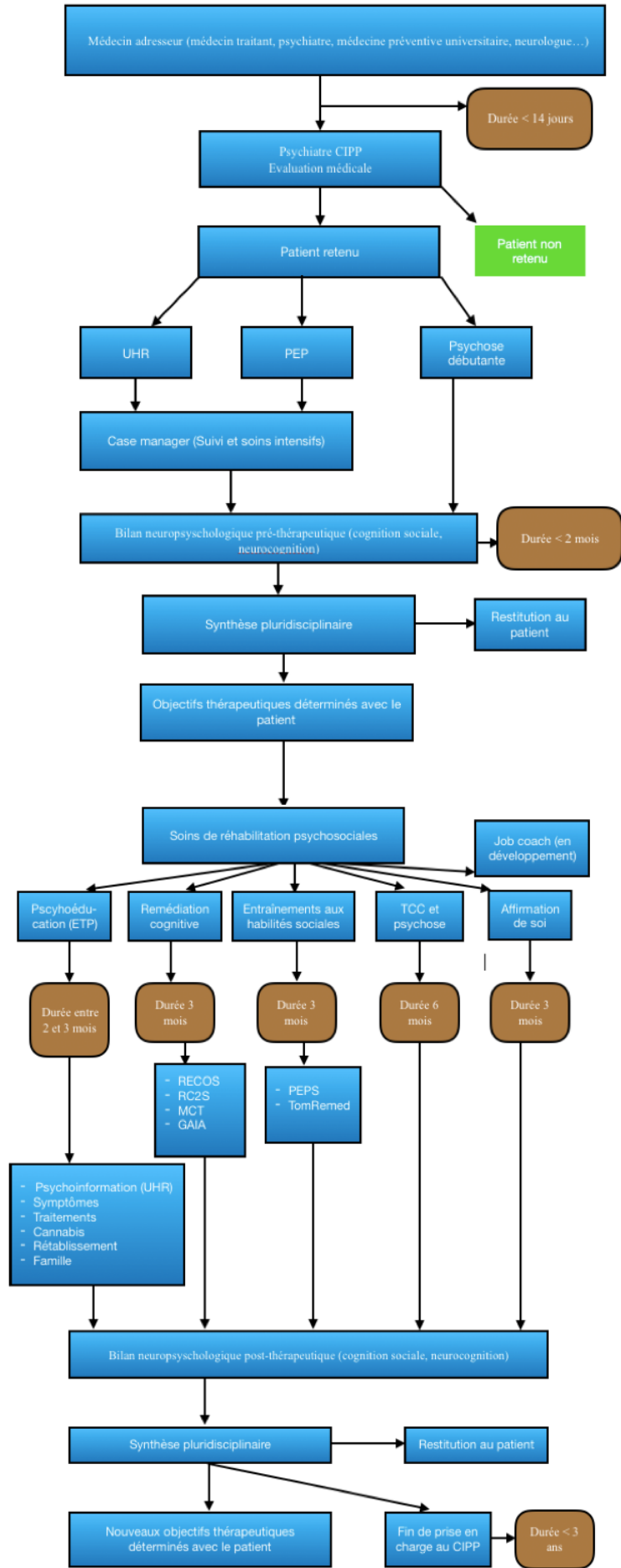


FIGURE 2 : Diagramme en flux de l'effectif

SMPR : Unité Psychiatrique Niveau 2
PEP : Premier épisode Psychotique

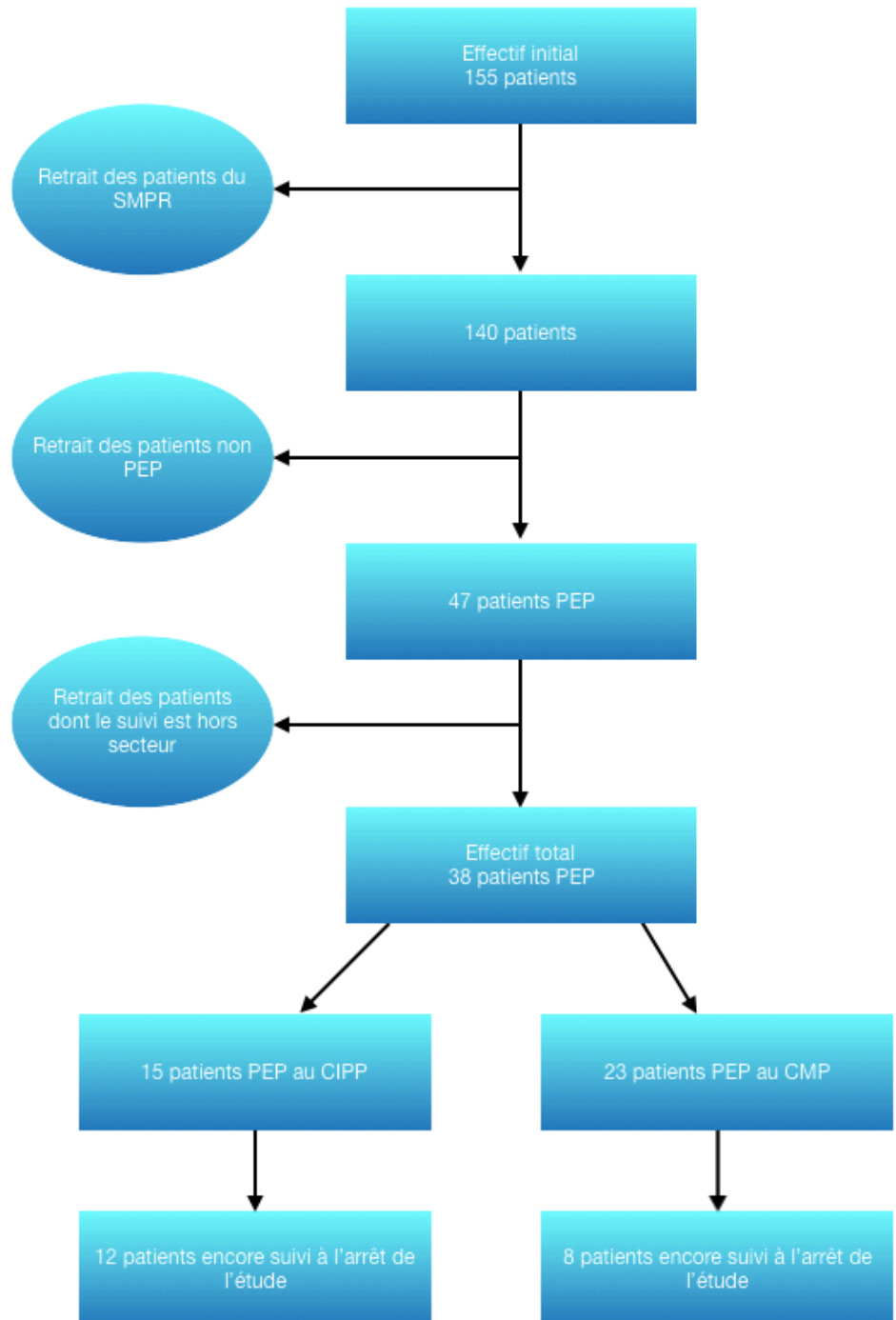


Tableau 1: Sexe, âge et niveau d'études dans les groupes CIPP et CMP

		Prise en charge CIPP	Prise en charge CMP	Résultats
Nombres de patients	38	15	23	
Sexe	Hommes	12 (80%)	11 (47,8 %)	p-value : 0,08837520084044
	Femmes	3 (20%)	12 (52,3%)	
Age	Moyenne	22,86	26,52	p-value : 0,008939013825106
Niveau d'études	n < BAC	2 (13,3%)	7 (30,45%)	p-value : 0,18103401123674
	BAC > n < BAC + 3	9 (60%)	7 (30,45%)	
	n > ou = BAC + 3	4 (26,7%)	9 (39,1%)	

CIPP : Centre d'Intervention Précoce pour Psychose

CMP : Centre Médico Psychologique

BAC : Baccalauréat

Tableau 2: Nombre de rechute psychotique dans les groupes CIPP et CMP.

	Prise en charge CIPP	Prise en charge CMP	Résultats
Nombre de patients*	12	8	
Nombre de rechute psychotique totale	3	11	p value: 0,004053645690196
Nombre de rechute par patient	0,25	1,375	

*Nombre de patient au 1 er Avril 2019

CIPP : Centre d'Intervention Précoce pour Psychose
 CMP : Centre Médico Psychologique

Tableau 3: Présence au premier RDV médical, nombre de mois suivi avant première perte de vue des patients, nombre total de mois de suivi, dans les groupes CIPP et CMP

		Prise en charge CIPP	Prise en charge CMP	Résultats
Présence au 1er RDV médical	Non	1	8	p-value : 0,13804407810347
	Oui	14	14	
	Nombre de patients	15	23	
Moyenne* du nombre de suivi avant première perte de vue		19, 82	8,26	p-value : 0,0000248
Moyenne* du nombre total du suivi		20,92	9,86	p-value: 0,0000241

*Moyenne exprimée en mois

CIPP : Centre d'Intervention Précoce pour Psychose

CMP : Centre Médico Psychologique

RDV : Rendez-vous

Tableau 4: Réhospitalisations toutes causes et durée totale des réhospitalisations toutes causes dans les groupes CIPP et CMP

	Nombre de réhospitalisations	Prise en charge CIPP	Prise en charge CMP	Résultats
Réhospitalisations toutes causes	Nombre de patients non réhospitalisé	4	13	p-value : 0,0054848213230995
	Nombre de patients	8	1	
Durée* totale réhospitalisations toutes causes	Durée*	12	8	p-value : 0,1544888524104
	Nombre de patients	68	400	
		4	7	
	Moyenne*	17	57,14	

Durée et moyenne exprimées en jours

CIPP : Centre d'Intervention Précoce pour Psychose

CMP : Centre Médico Psychologique

Tableau 5: Réhospitalisation pour rechute, durée des hospitalisations à la première rechute, durée totale des réhospitalisations pour rechute et modalités d'hospitalisation lors des rechutes, dans les groupes CIPP et CMP.

		Prise en charge CIPP	Prise en charge CMP	Résultats
Réhospitalisation pour rechute	Nombre de Réhospitalisation	3	10	p-value: 0,0060121136413437
	Nombre de patients non réhospitalisé	9	1	
Durée* des réhospitalisations à la 1 ère rechute	Nombre de patients	12	7	p-value: 0,51508227870964
	Durée*	35	107	
	Nombre de patients	3	6	
	Moyenne*	11,66	17,83	
Durée* totale des réhospitalisations pour rechute	Durée*	35	373	p-value: 0.0045694164822
	Nombre de patients	3	6	
	Moyenne*	11,66	62,13	
	Nombre de patients en SL	3	0	
Modalités d'hospitalisation lors des rechutes	Nombre de patients en SSC	0	10	p-value: 0,15212149388423
	Nombre de patients	12	7	

Durée et moyenne exprimées en jours

CIPP : Centre d'Intervention Précoce pour Psychose

CMP : Centre Médico Psychologique

SL : Soins Libres

SSC : Soins Sous Contrainte

REFERENCES

1. HAS« Schizophrénies- Guide Affection Longue Durée [Internet]. 2007. Disponible sur: www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/guide_ald23_schizophr_juin_07.pdf
2. McGrath J, Saha S, Chant D, Welham J. Schizophrenia: a concise overview of incidence, prevalence, and mortality. *Epidemiol Rev.* 2008;30:67-76.
3. OMS, Principaux repères sur la schizophrénie [Internet]. Disponible sur: <http://.who.int/fr>
4. Petitjean F, Marie-Cardine M. Texte des recommandations longues élaboré par le jury de la conférence de consensus « Schizophrénies débutantes : diagnostic et modalités thérapeutiques ». *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique.* Mai 2003 ;161 (4) :329-47
5. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders [Internet]. Fifth Edition. American Psychiatric Association; 2013 [cité 12 nov 2018]. Disponible sur: <https://psychiatryonline.org/doi/book/10.1176/appi.books.9780890425596>
6. Kallel L, Fock-Yee G, D'Amato T. Prodromes, signes précoces et vulnérabilité à la schizophrénie. *La lettre du psychiatre.* La lettre du psychiatre [Internet]. 2008;4(6). Disponible sur: <http://www.edimark.fr/Front/frontpost/getfiles/14937.pdf>
7. Krebs M-O. Signes précoces de la schizophrénie, des prodromes à la notion de prévention. Dunod. Paris: Dunod; 2015. (Rapport CPNLF 2015).
8. Franck N. Approche neurocognitive des troubles du vécu dans la schizophrénie. *L'Évolution Psychiatrique.* juill 2010;75(3):409-19.
9. Krebs M-O. Les états mentaux à risque des 15/25 ans : « 1ers épisodes ». *L'Encéphale.* mars 2010;36:S35-7.
10. Häfner H, Riecher-Rössler A, Maurer K, Fätkenheuer B, Löffler W. First onset and early symptomatology of schizophrenia. A chapter of epidemiological and neurobiological research into age and sex differences. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci.* 1992;242(2-3):109-18.

11. Birchwood M, Todd P, Jackson C. Early intervention in psychosis. The critical period hypothesis. *Br J Psychiatry Suppl.* 1998;172(33):53-9.
12. Marion-Veyron R, Mebdouhi N, Baumann PS, Thonney J, Crespi S, Conus P. Les premiers épisodes psychotiques : de l'importance du case management. *L'Évolution Psychiatrique.* janv 2013;78(1):41-51.
13. Perkins DO, Gu H, Boteva K, Lieberman JA. Relationship Between Duration of Untreated Psychosis and Outcome in First-Episode Schizophrenia: A Critical Review and Meta-Analysis. *American Journal of Psychiatry.* oct 2005;162(10):1785-804.
14. Penttilä M, Jääskeläinen E, Hirvonen N, Isohanni M, Miettunen J. Duration of untreated psychosis as predictor of long-term outcome in schizophrenia: systematic review and meta-analysis. *Br J Psychiatry.* août 2014;205(2):88-94.
15. Chang WC, Chu AOK, Kwong VWY, Wong CSM, Hui CLM, Chan SKW, et al. Patterns and predictors of trajectories for social and occupational functioning in patients presenting with first-episode non-affective psychosis: A three-year follow-up study. *Schizophrenia Research.* juill 2018;197:131-7.
16. Conus P, Polari A, Bonsack C. 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.* 2010;86(2):145.
17. McGorry PD, Edwards J, Mihalopoulos C, Harrigan SM, Jackson HJ. EPPIC: an evolving system of early detection and optimal management. *Schizophr Bull.* 1996;22(2):305-26.
18. Yung AR, McGorry PD. The prodromal phase of first-episode psychosis: past and current conceptualizations. *Schizophr Bull.* 1996;22(2):353-70.
19. Conus P. Intervention précoce dans les troubles psychotiques: faut-il encore douter? *L'information psychiatrique.* 2017;93(9):775-6.
20. Gozlan G, Meunier-Cussac S, Lecardeur L. Prise en charge précoce des premiers épisodes psychotiques en France : cartographie des programmes spécialisés en 2017. *L'information psychiatrique.* 2018;94(5):393-401.

21. Golay P, Alameda L, Baumann P, Elowe J, Progin P, Polari A, et al. Duration of untreated psychosis: Impact of the definition of treatment onset on its predictive value over three years of treatment. *J Psychiatr Res.* juin 2016;77:15-21.
22. Glaser C, Canceil O, Gozlan G. Case management en psychiatrie: vers des pratiques professionnelles intégrées. *L'information psychiatrique.* 2016;92(7):539-45.
23. Granon O. Intérêts et spécificités de la prise en charge des jeunes adultes à un stade précoce de psychose (illustration avec l'expérience de la mise en place du centre d'intervention précoce du CHS de La Chartreuse à Dijon) [médecine]. [Dijon]: UFR sciences de santé; 2015.
24. Martin J. Mise en place d'un centre d'intervention précoce dédié à la prise en soins des troubles psychotiques débutants. 2017;93(10):865-70.
25. Wykes T, Reeder C, Landau S, Everitt B, Knapp M, Patel A, et al. Cognitive remediation therapy in schizophrenia: randomised controlled trial. *Br J Psychiatry.* mai 2007;190:421-7.
26. Iwata K, Matsuda Y, Sato S, Furukawa S, Watanabe Y, Hatsuse N, et al. Efficacy of cognitive rehabilitation using computer software with individuals living with schizophrenia: A randomized controlled trial in Japan. *Psychiatric Rehabilitation Journal.* 2017;40(1):4-11.
27. Corbera S, Wexler BE, Poltorak A, Thime WR, Kurtz MM. Cognitive remediation for adults with schizophrenia: Does age matter? *Psychiatry Research.* janv 2017;247:21-7.
28. De Beauchamp I, Lévy-Chavagnat D, Chavagnat J-J. Éducation thérapeutique et schizophrénie : Quels buts ? *Actualités Pharmaceutiques.* mars 2013;52(524):8-13.
29. Xia J, Merinder LB, Belgamwar MR. Psychoeducation for schizophrenia. *Cochrane Database Syst Rev.* 15 juin 2011;(6):CD002831.
30. Penn DL, Uzenoff SR, Perkins D, Mueser KT, Hamer R, Waldheter E, et al. A pilot investigation of the Graduated Recovery Intervention Program (GRIP) for first episode psychosis. *Schizophr Res.* févr 2011;125(2-3):247-56.

31. Baumann PS, Crespi S, Marion-Veyron R, Solida A, Thonney J, Favrod J, et al. Treatment and early intervention in psychosis program (TIPP-Lausanne): Implementation of an early intervention programme for psychosis in Switzerland. *Early Interv Psychiatry*. août 2013;7(3):322-8.
32. McDaid, David and Park, A-La and Iemmi, Valentina and Adelaja, Bayo and Knapp, Marti. Growth in the use of early intervention for psychosis services: an opportunity to promote recovery amid concerns on health care sustainability. Disponible sur: <http://www.pssru.ac.uk/index-kent-lse.php>
33. Amminger GP, Henry LP, Harrigan SM, Harris MG, Alvarez-Jimenez M, Herrman H, et al. Outcome in early-onset schizophrenia revisited: findings from the Early Psychosis Prevention and Intervention Centre long-term follow-up study. *Schizophr Res*. sept 2011;131(1-3):112-9.
34. Petersen L, Jeppesen P, Thorup A, Abel M-B, Øhlenschläger J, Christensen TØ, et al. A randomised multicentre trial of integrated versus standard treatment for patients with a first episode of psychotic illness. *BMJ*. 17 sept 2005;331(7517):602.
35. Garety PA, Craig TKJ, Dunn G, Fornells-Ambrojo M, Colbert S, Rahaman N, et al. Specialised care for early psychosis: symptoms, social functioning and patient satisfaction: randomised controlled trial. *Br J Psychiatry*. janv 2006;188:37-45.
36. Mihalopoulos C. Why invest in early psychosis intervention services? *Early Interv Psychiatry*. nov 2009;3(4):237-8.
37. Mihalopoulos C, Harris M, Henry L, Harrigan S, McGorry P. Is early intervention in psychosis cost-effective over the long term? *Schizophr Bull*. sept 2009;35(5):909-18.
38. Correll CU, Galling B, Pawar A, Krivko A, Bonetto C, Ruggeri M, et al. Comparison of Early Intervention Services vs Treatment as Usual for Early-Phase Psychosis: A Systematic Review, Meta-analysis, and Meta-regression. *JAMA Psychiatry*. 1 juin 2018;75(6):555-65.
39. Caseiro O, Pérez-Iglesias R, Mata I, Martínez-García O, Pelayo-Terán JM, Tabares-Seisdedos R, et al. Predicting relapse after a first episode of non-affective psychosis: a three-year follow-up study. *J Psychiatr Res*. août 2012;46(8):1099-105.

40. Häfner H, Maurer K, Löffler W, an der Heiden W, Munk-Jørgensen P, Hambrecht M, et al. The ABC Schizophrenia Study: a preliminary overview of the results. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* août 1998;33(8):380-6.
41. Bourcet S. Psychose aiguë, schizophrénie débutante et adolescence. *Adolescence.* 2005;52(2):225.
42. Aleman A, Kahn RS, Selten J-P. Sex differences in the risk of schizophrenia: evidence from meta-analysis. *Arch Gen Psychiatry.* juin 2003;60(6):565-71.
43. Leung A, Chue P. Sex differences in schizophrenia, a review of the literature. *Acta Psychiatr Scand Suppl.* 2000;401:3-38.
44. Conus et al. Intervention précoce dans les troubles psychotiques : quel rôle pour les praticiens de premier recours ? 2005;1(33).
45. Rolin O. Psychiatrie et privation de liberté : Étude historique et clinique de la privation de liberté dans les domaines judiciaires et sanitaires [médecine]. [Dijon]: sciences de santé; 2017.
46. Mihalopoulos C, McGorry PD, Carter RC. Is phase-specific, community-oriented treatment of early psychosis an economically viable method of improving outcome? *Acta Psychiatr Scand.* juill 1999;100(1):47-55.

CONCLUSION

Notre étude menée au sein du Centre Hospitalier La Chartreuse tend à montrer une différence significative en terme d'efficacité en faveur d'une prise en charge au Centre d'Intervention Précoce pour Psychose par rapport au suivi de secteur pour les patients présentant un premier épisode de psychose.

Il apparait également que la durée de suivi est mieux maintenue dans le temps pour ces patients bénéficiant de ces soins spécifiques, que le nombre de réhospitalisations toutes causes confondues sont moins important, comparativement à une prise en charge classique. En outre, notre travail montre que les réhospitalisations pour rechute psychotique sont essentiellement réalisées en soins libres, en comparaison avec le groupe de patients recevant des soins de secteur.

Si ces résultats sont encourageants en terme d'efficacité de prise en charge, il serait intéressant à l'avenir d'étudier l'efficacité d'une prise en charge spécifique d'intervention précoce sur la qualité de vie des patients souffrant de psychose, ainsi que sur la réinsertion socio professionnelle. En effet ces éléments n'ont pas été analysés dans notre étude mais représentent une part importante du rétablissement pour ces patients. Une étude multicentrique prospective permettrait également une meilleure analyse et compréhension des facteurs conduisant au rétablissement de ces jeunes patients.

En définitive, notre travail a mis en évidence que l'intervention précoce en psychose constitue une prise en charge préférentielle dans le soin à dispenser aux patients en début de maladie, comparativement à la prise en charge classique de secteur. Ces données viennent s'ajouter à des données médico-économiques décrites dans divers travaux, à savoir que l'intervention précoce permet de faire des économies de santé par rapport à la prise en charge

classique (42) (54). Il nous parait donc opportun de favoriser ce type de prise en charge tant pour les patients que pour la société en général.

Le Président du jury,

Pr. CHAURET-GERMAIN JC

Vu et permis d'imprimer
Dijon, le 5 SEPTEMBRE 2013
Le Doyen

Pr. M. MAYNADIÉ

BIBLIOGRAPHIE

1. HAS « Schizophrénies- Guide Affection Longue Durée [Internet]. 2007. Disponible sur: www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/guide_ald23_schizophr_juin_07.pdf
2. Llorca P-M. La schizophrénie. orphanet [Internet]. janv 2004; Disponible sur: <https://www.orpha.net/data/patho/FR/fr-schizo.pdf>
3. McGrath J, Saha S, Chant D, Welham J. Schizophrenia: a concise overview of incidence, prevalence, and mortality. *Epidemiol Rev.* 2008;30:67-76.
4. OMS, Principaux repères sur la schizophrénie [Internet]. Disponible sur: <http://.who.int/fr>
5. Charrier N, Chevreul K, Durand-Zaleski I. Le coût de la schizophrénie : revue de la littérature internationale. *L'Encéphale.* mai 2013;39:S49-56.
6. Paillard V. Risque suicidaire et stratégies de prévention au cours du premier épisode psychotique : état des connaissances [Internet] [Médecine humaine et pathologie]. 2018. Disponible sur: ffdumas-01893647f
7. Petitjean F, Marie-Cardine M. Texte des recommandations longues élaboré par le jury de la conférence de consensus « Schizophrénies débutantes : diagnostic et modalités thérapeutiques ». *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique.* mai 2003;161(4):329-47.
8. American psychiatry association. Diagnostic and statistical manuel of mental Disorders, fifth Edition (DSM 5) American Psychiatrie Publishing 2013.
9. Kallel L, Fock-Yee G, D'Amato T. Prodromes, signes précoces et vulnérabilité à la schizophrénie. *La lettre du psychiatre* [Internet]. déc 2008;4(6). Disponible sur: <http://www.edimark.fr/Front/frontpost/getfiles/14937.pdf>
10. Krebs M-O. Signes précoces de la schizophrénie, des prodromes à la notion de prévention. Dunod. Paris: Dunod; 2015. (Rapport CPNLF 2015).
11. Franck N. Approche neurocognitive des troubles du vécu dans la schizophrénie. *L'Évolution Psychiatrique.* juill 2010;75(3):409-19.

12. Krebs M-O. Les états mentaux à risque des 15/25 ans : « 1ers épisodes ». *L'Encéphale*. mars 2010;36:S35-7.
13. Häfner H, Riecher-Rössler A, Maurer K, Fätkenheuer B, Löffler W. First onset and early symptomatology of schizophrenia. A chapter of epidemiological and neurobiological research into age and sex differences. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci*. 1992;242(2-3):109-18.
14. Birchwood M, Todd P, Jackson C. Early intervention in psychosis. The critical period hypothesis. *Br J Psychiatry Suppl*. 1998;172(33):53-9.
15. Marion-Veyron R, Mebdouhi N, Baumann PS, Thonney J, Crespi S, Conus P. Les premiers épisodes psychotiques : de l'importance du case management. *L'Évolution Psychiatrique*. janv 2013;78(1):41-51.
16. Perkins DO, Gu H, Boteva K, Lieberman JA. Relationship Between Duration of Untreated Psychosis and Outcome in First-Episode Schizophrenia: A Critical Review and Meta-Analysis. *American Journal of Psychiatry*. oct 2005;162(10):1785-804.
17. Crumlish N, Whitty P, Clarke M, Browne S, Kamali M, Gervin M, et al. Beyond the critical period: longitudinal study of 8-year outcome in first-episode non-affective psychosis. *British Journal of Psychiatry*. janv 2009;194(01):18-24.
18. Penttilä M, Jääskeläinen E, Hirvonen N, Isohanni M, Miettunen J. Duration of untreated psychosis as predictor of long-term outcome in schizophrenia: systematic review and meta-analysis. *Br J Psychiatry*. août 2014;205(2):88-94.
19. Chang WC, Chu AOK, Kwong VWY, Wong CSM, Hui CLM, Chan SKW, et al. Patterns and predictors of trajectories for social and occupational functioning in patients presenting with first-episode non-affective psychosis: A three-year follow-up study. *Schizophrenia Research*. juill 2018;197:131-7.
20. Conus Philippe, Polari Andrea, Bonsack Charles. Intervention dans la phase précoce des troubles psychotiques : objectifs et organisation du programme TIPP (Traitement et intervention dans la phase précoce des troubles psychotiques). *l'information psychiatrique* [Internet].2010;86(2). Disponible sur : <https://www.cairn.info/revue-l-information-psychiatrique-2010-2-page-145.htm>

21. McGorry PD, Edwards J, Mihalopoulos C, Harrigan SM, Jackson HJ. EPPIC: an evolving system of early detection and optimal management. *Schizophr Bull.* 1996;22(2):305-26.
22. Yung AR, McGorry PD. The prodromal phase of first-episode psychosis: past and current conceptualizations. *Schizophr Bull.* 1996;22(2):353-70.
23. Conus P. Intervention précoce dans les troubles psychotiques: faut-il encore douter? *L'information psychiatrique.* 2017;93(9):775-6.
24. Wykes T, Reeder C, Landau S, Everitt B, Knapp M, Patel A, et al. Cognitive remediation therapy in schizophrenia: randomised controlled trial. *Br J Psychiatry.* mai 2007;190:421-7.
25. Iwata K, Matsuda Y, Sato S, Furukawa S, Watanabe Y, Hatsuse N, et al. Efficacy of cognitive rehabilitation using computer software with individuals living with schizophrenia: A randomized controlled trial in Japan. *Psychiatric Rehabilitation Journal.* 2017;40(1):4-11.
26. Corbera S, Wexler BE, Poltorak A, Thime WR, Kurtz MM. Cognitive remediation for adults with schizophrenia: Does age matter? *Psychiatry Research.* janv 2017;247:21-7.
27. De Beauchamp I, Lévy-Chavagnat D, Chavagnat J-J. Éducation thérapeutique et schizophrénie : Quels buts ? *Actualités Pharmaceutiques.* mars 2013;52(524):8-13.
28. Xia J, Merinder LB, Belgamwar MR. Psychoeducation for schizophrenia. *Cochrane Database Syst Rev.* 15 juin 2011;(6):CD002831.
29. Penn DL, Uzenoff SR, Perkins D, Mueser KT, Hamer R, Waldheter E, et al. A pilot investigation of the Graduated Recovery Intervention Program (GRIP) for first episode psychosis. *Schizophr Res.* févr 2011;125(2-3):247-56.
30. Baumann PS, Crespi S, Marion-Veyron R, Solida A, Thonney J, Favrod J, et al. Treatment and early intervention in psychosis program (TIPP-Lausanne): Implementation of an early intervention programme for psychosis in Switzerland. *Early Interv Psychiatry.* août 2013;7(3):322-8.

31. Gozlan G, Meunier-Cussac S, Lecardeur L. Prise en charge précoce des premiers épisodes psychotiques en France : cartographie des programmes spécialisés en 2017. *L'information psychiatrique*,. 2018;94(5):393-401.
32. Golay P, Alameda L, Baumann P, Elowe J, Progin P, Polari A, et al. Duration of untreated psychosis: Impact of the definition of treatment onset on its predictive value over three years of treatment. *J Psychiatr Res*. juin 2016;77:15-21.
33. Glaser C, Canceil O, Gozlan G. Case management en psychiatrie: vers des pratiques professionnelles intégrées. *L'information psychiatrique*. 2016;92(7):539-45.
34. Granon O. Intérêts et spécificités de la prise en charge des jeunes adultes à un stade précoce de psychose (illustration avec l'expérience de la mise en place du centre d'intervention précoce du CHS de La Chartreuse à Dijon) [médecine]. [Dijon]: UFR sciences de santé; 2015.
35. Martin J. Mise en place d'un centre d'intervention précoce dédié à la prise en soins des troubles psychotiques débutants. 2017;93(10):865-70.
36. McDaid, David and Park, A-La and Iemmi, Valentina and Adelaja, Bayo and Knapp, Marti. Growth in the use of early intervention for psychosis services: an opportunity to promote recovery amid concerns on health care sustainability. Disponible sur: <http://www.pssru.ac.uk/index-kent-lse.php>
37. Parizot S. Les psychoses émergentes. *L'information psychiatrique*. 2017;93(5):367-9.
38. Amminger GP, Henry LP, Harrigan SM, Harris MG, Alvarez-Jimenez M, Herrman H, et al. Outcome in early-onset schizophrenia revisited: findings from the Early Psychosis Prevention and Intervention Centre long-term follow-up study. *Schizophr Res*. sept 2011;131(1-3):112-9.
39. Petersen L, Jeppesen P, Thorup A, Abel M-B, Øhlenschläger J, Christensen TØ, et al. A randomised multicentre trial of integrated versus standard treatment for patients with a first episode of psychotic illness. *BMJ*. 17 sept 2005;331(7517):602.

40. Garety PA, Craig TKJ, Dunn G, Fornells-Ambrojo M, Colbert S, Rahaman N, et al. Specialised care for early psychosis: symptoms, social functioning and patient satisfaction: randomised controlled trial. *Br J Psychiatry*. janv 2006;188:37-45.
41. Mihalopoulos C. Why invest in early psychosis intervention services? *Early Interv Psychiatry*. nov 2009;3(4):237-8.
42. Mihalopoulos C, Harris M, Henry L, Harrigan S, McGorry P. Is early intervention in psychosis cost-effective over the long term? *Schizophr Bull*. sept 2009;35(5):909-18.
43. Correll CU, Galling B, Pawar A, Krivko A, Bonetto C, Ruggeri M, et al. Comparison of Early Intervention Services vs Treatment as Usual for Early-Phase Psychosis: A Systematic Review, Meta-analysis, and Meta-regression. *JAMA Psychiatry*. 1 juin 2018;75(6):555-65.
44. Caseiro O, Pérez-Iglesias R, Mata I, Martínez-García O, Pelayo-Terán JM, Tabares-Seisdedos R, et al. Predicting relapse after a first episode of non-affective psychosis: a three-year follow-up study. *J Psychiatr Res*. août 2012;46(8):1099-105.
45. Häfner H, Maurer K, Löffler W, an der Heiden W, Munk-Jørgensen P, Hambrecht M, et al. The ABC Schizophrenia Study: a preliminary overview of the results. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. août 1998;33(8):380-6.
46. Bourcet S. Psychose aiguë, schizophrénie débutante et adolescence. *Adolescence*. 2005;52(2):225.
47. Aleman A, Kahn RS, Selten J-P. Sex differences in the risk of schizophrenia: evidence from meta-analysis. *Arch Gen Psychiatry*. juin 2003;60(6):565-71.
48. Leung A, Chue P. Sex differences in schizophrenia, a review of the literature. *Acta Psychiatr Scand Suppl*. 2000;401:3-38.
49. Kahn RS, Fleischhacker WW, Boter H, Davidson M, Vergouwe Y, Keet IPM, et al. Effectiveness of antipsychotic drugs in first-episode schizophrenia and schizophreniform disorder: an open randomised clinical trial. *Lancet*. 29 mars 2008;371(9618):1085-97.
50. Haddad PM, Sharma SG. Adverse Effects of Atypical Antipsychotics: Differential Risk and Clinical Implications. *CNS Drugs*. 2007;21(11):911-36.

51. Zhang J-P, Gallego JA, Robinson DG, Malhotra AK, Kane JM, Correll CU. Efficacy and safety of individual second-generation vs. first-generation antipsychotics in first-episode psychosis: a systematic review and meta-analysis. *Int J Neuropsychopharmacol.* juill 2013;16(6):1205-18.
52. Conus et al. Intervention précoce dans les troubles psychotiques : quel rôle pour les praticiens de premier recours ? 2005;1(33).
53. Rolin O. Psychiatrie et privation de liberté : Étude historique et clinique de la privation de liberté dans les domaines judiciaires et sanitaires [médecine]. [Dijon]: sciences de santé; 2017.
54. Mihalopoulos C, McGorry PD, Carter RC. Is phase-specific, community-oriented treatment of early psychosis an economically viable method of improving outcome? *Acta Psychiatr Scand.* juill 1999;100(1):47-55.

Titre de la thèse : SUIVI ET EVOLUTION CLINIQUE APRES UN PREMIER EPISODE PSYCHOTIQUE : PRISE EN CHARGE DE SECTEUR VERSUS PRISE EN CHARGE SPECIFIQUE AU SEIN DU CENTRE HOSPITALIER LA CHARTREUSE DE DIJON ENTRE 2017 ET 2019

Auteur : Yanni ANDREOU

Résumé : Le premier épisode psychotique (PEP) signe l'entrée dans un processus pathologique patent et peut marquer la conversion vers une pathologie chronique telle que la schizophrénie. Dans le monde, de nombreux centres dédiés à l'intervention précoce en psychose ont vu le jour ces dernières années, avec des résultats très encourageants. Ainsi au début des années 2000, la France s'est dotée de services spécifiques proposant des soins spécialisés pour les patients présentant un PEP.

Dans un but de reproductibilité des études déjà menées et d'évaluation de ces soins spécifiques au sein du Centre Hospitalier La Chartreuse à Dijon nous avons proposé une étude rétrospective auprès de patients ayant présenté un PEP en 2017. L'inclusion a été réalisée à partir de l'analyse de dossiers médicaux. L'objectif principal était de comparer la prise en charge classique par rapport à la prise en charge spécifique au Centre d'Intervention Précoce pour Psychose (CIPP) en analysant le nombre de rechutes dans chacun des groupes de patients ayant présenté un PEP.

Sur la période de suivi, nous retrouvons 25 % de rechute psychotique dans le bras CIPP vs. 137,5 % dans le bras Centre Médico Psychologique (CMP), avec une différence significative entre les deux groupes. Ces résultats significatifs concordent avec d'autres travaux menés sur cette question, en dépit de certains biais statistiques (nombre limité de patients, nombreux « perdus de vue » dans le groupe CMP vs. le groupe CIPP).

La rechute psychotique est plus faible chez les patients adressés au CIPP comparativement aux patients adressés en CMP. Une étude prospective multicentrique permettrait d'évaluer ces soins spécifiques en France, chez ces patients à risque de développer une psychose chronique.

MOTS-CLES : Premier épisode psychotique - Evolution - Rechute psychotique - Intervention précoce - Soins spécifiques