

ANNEE 2022

N°

**Rôle du médecin généraliste dans le repérage précoce
des psychoses chez l'adolescent et le jeune adulte :
une étude qualitative auprès de praticiens de Côte d'Or**

THESE
Présentée

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

et soutenue publiquement le 4 juillet 2022

pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

par Mme FORTE Olivia

Née le 8 février 1989

A Mulhouse (68)

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, plagiat, reproductions illicites encourrent 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 2022

N°

**Rôle du médecin généraliste dans le repérage précoce
des psychoses chez l'adolescent et le jeune adulte :
une étude qualitative auprès de praticiens de Côte d'Or**

THESE
Présentée

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

et soutenue publiquement le 4 juillet 2022

pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

par Mme FORTE Olivia
Née le 8 février 1989
A Mulhouse (68)

Année Universitaire 2021-2022
au 1^{er} Septembre 2021

Doyen :
Assesseurs :

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

PROFESSEURS DES UNIVERSITES – PRATICIENS HOSPITALIERS

			Discipline
M.	Jean-Louis	ALBERINI	Biophysiques et médecine nucléaire
M.	Sylvain	AUDIA	Médecine interne
M.	Marc	BARDOU	Pharmacologie clinique
M.	Jean-Noël	BASTIE	Hématologie - transfusion
M.	Emmanuel	BAULOT	Chirurgie orthopédique et traumatologie
M.	Christophe	BEDANE	Dermato-vénérologie
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.	Belaid	BOUHEMAD	Anesthésiologie - réanimation chirurgicale
M.	Alexis	BOZORG-GRAYELI	Oto-Rhino-Laryngologie
Mme	Marie-Claude	BRINDISI	Nutrition
M.	Alain	BRON	Ophthalmologie
Mme	Mary	CALLANAN (WILSON)	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	Ophthalmologie
M.	Frédéric	DALLE	Parasitologie et mycologie
M.	Alexis	DE ROUGEMONT	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
M.	Hervé	DEVILLIERS	Médecine interne
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-PURSELL	Médecine légale et droit de la santé
Mme	Marjolaine	GEORGES	Pneumologie
M.	François	GHIRINGHELLI	Cancérologie
M.	Pierre Grégoire	GUINOT	Anesthésiologie – réanimation chirurgicale
M.	Frédéric	HUET	Pédiatrie
Mme	Agnès	JACQUIN	Physiologie
M.	Pierre	JOUANNY	Gériatrie
M.	Philippe	KADHEL	Gynécologie-obstétrique

M.	Sylvain	LADOIRE	Histologie
M.	Gabriel	LAURENT	Cardiologie
M.	Côme	LEPAGE	Hépatogastroentérologie
M.	Romarc	LOFFROY	Radiologie et imagerie médicale
M.	Luc	LORGIS	Cardiologie
M.	Jean-Francis	MAILLEFERT	Rhumatologie
M.	Cyriaque Patrick	MANCKOUNDIA	Gériatrie
M.	Sylvain	MANFREDI	Hépatogastroentérologie
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
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-vénéréologie
			(Mission temporaire à Londres du 01/09/2021 au 31/08/2023)
M.	Bruno	VERGÈS	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
M.	Narcisse	ZWETYENGA	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES

PRATICIENS HOSPITALIERS DES DISCIPLINES MEDICALES

			Discipline Universitaire
Mme	Lucie	AMOUREUX BOYER	Bactériologie
Mme	Louise	BASMACIYAN	Parasitologie-mycologie
Mme	Shaliha	BECHOUA	Biologie et médecine du développement
			(Disponibilité du 16/11/2020 au 15/11/2021)
M.	Mathieu	BLOT	Maladies infectieuses
M.	Benjamin	BOUILLET	Endocrinologie
Mme	Marie-Lorraine	CHRETIEN	Hématologie
Mme	Vanessa	COTTET	Nutrition
M.	Damien	DENIMAL	Biochimie et biologie moléculaire
M.	Valentin	DERANGERE	Histologie
Mme	Ségolène	GAMBERT	Biochimie et biologie moléculaire
Mme	Françoise	GOIRAND	Pharmacologie fondamentale
M.	Charles	GUENANCIA	Physiologie

M.	Alain	LALANDE	Biophysique et médecine nucléaire
Mme	Stéphanie	LEMAIRE-EWING	Biochimie et biologie moléculaire
Mme	Anne-Sophie	MARIET	Biostatistiques, informatique médicale
M.	Pierre	MARTZ	Chirurgie orthopédique et traumatologie
M.	Thomas	MOUILLOT	Physiologie
M.	Alain	PUTOT	Gériatrie
Mme	Claire	TINEL	Néphrologie
M.	Antonio	VITOBELLO	Génétique
M.	Paul-Mickaël	WALKER	Biophysique et médecine nucléaire

PROFESSEURS EMERITES

M.	Jean-François	BESANCENOT	(01/09/2020 au 31/08/2023)
M.	Bernard	BONIN	(01/09/2020 au 31/08/2023)
M.	Laurent	BRONDEL	(01/09/2021 au 31/08/2024)
M.	François	BRUNOTTE	(01/09/2020 au 31/08/2023)
M.	Philippe	CAMUS	(01/09/2019 au 31/08/2023)
M.	Jean-Marie	CASILLAS-GIL	(01/09/2020 au 31/08/2022)
M.	Pascal	CHAVANET	(01/09/2021 au 31/08/2024)
M.	Jean-Pierre	DIDIER	(01/11/2018 au 31/10/2021)
M.	Serge	DOUVIER	(15/12/2020 au 14/12/2023)
M.	Claude	GIRARD	(01/01/2019 au 31/12/2021)
M.	Maurice	GIROUD	(01/09/2019 au 31/12/2021)
M.	Patrick	HILLON	(01/09/2019 au 31/08/2022)
M.	Henri-Jacques	SMOLIK	(01/09/2019 au 31/08/2022)
M.	Pierre	TROUILLOUD	(01/09/2020 au 31/08/2023)

PROFESSEUR ASSOCIE DES DISCIPLINES MEDICALES

M.	Jacques	BEURAIN	Neurochirurgie
----	---------	----------------	----------------

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES DE MEDECINE GENERALE

Mme	Katia	MAZALOVIC	Médecine Générale
Mme	Claire	ZABAWA	Médecine Générale

PROFESSEURS ASSOCIES DE MEDECINE GENERALE

M.	Didier	CANNET	Médecine Générale
M.	Clément	CHARRA	Médecine Générale
M.	Arnaud	GOUGET	Médecine Générale
M.	François	MORLON	Médecine Générale

MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES DE MEDECINE GENERALE

M.	Jérôme	BEAUGRAND	Médecine Générale
Mme	Anne	COMBERNOUX -WALDNER	Médecine Générale
M.	Benoit	DAUTRICHE	Médecine Générale
M.	Alexandre	DELESVAUX	Médecine Générale
M.	Rémi	DURAND	Médecine Générale
M.	Olivier	MAIZIERES	Médecine Générale

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES

Mme	Lucie	BERNARD	Anglais
Mme	Anaïs	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

M.	Philippe	DE LA GRANGE	Anglais
----	----------	---------------------	---------

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

Mme	Amélie	CRANSAC	Pharmacie clinique
M.	Philippe	FAGNONI	Pharmacie clinique
M.	Marc	SAUTOUR	Botanique et cryptogamie
M.	Antonin	SCHMITT	Pharmacologie

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 : Professeur Jean-Christophe CHAUVET-GELINIER

Membres : Professeur Bernard BONIN

Docteur Rémy DURAND

Docteur Juliette MARTIN

Docteur Steve DUONG

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."

Dédicaces et remerciements

Remerciements aux membres du jury

A Monsieur le Professeur CHAUVET-GELINIER Jean-Christophe,
Merci de me faire l'honneur d'accepter de juger cette thèse et de présider ce jury.
Merci pour vos enseignements lors de mon externat. Veuillez trouver ici mes plus grands remerciements pour l'attention que vous porterez à cette thèse et veuillez accepter la marque de mon profond respect.

Au Professeur BONIN Bernard,
Merci de me faire l'honneur d'accepter de juger cette thèse.
De mon 1^{er} stage d'externat à ce jour, vous aurez été présent tout au long de mes études.
Recevez ma plus profonde gratitude et mon respect.

Au Docteur DURAND Rémy,
Je vous remercie de me faire l'honneur d'accepter de juger cette thèse en qualité d'expert en Médecine Générale. Veuillez accepter toute ma reconnaissance.

Au Docteur MARTIN Juliette,
Merci de me faire l'honneur de faire partie de mon jury en qualité d'experte dans l'intervention précoce des troubles psychotiques.
Veuillez trouver ici mes plus grands remerciements pour l'attention que vous porterez à cette thèse.

Au Docteur DUONG Steve,
Merci à toi pour avoir accepté de me suivre dans ce projet un peu « fou » et « inhabituel ».
Merci pour ton enthousiasme, ta confiance et ta bonne humeur. Et merci pour tes relectures dans cette course contre la montre !

Au Docteur COUDERT Camille,
Merci à toi, ma chère Camille, pour ton aide si précieuse, tes encouragements et ta patience.
Merci pour ton œil aiguisé porté sur ce travail, qui est un sujet qui te tient aussi à cœur.

Je remercie également tous les médecins généralistes qui ont accepté de participer à cette étude.

Au personnel soignant

Merci à tous les médecins et tous les soignants qui ont contribué à ma formation, de près ou de loin, lors de mes stages et des enseignements universitaires.

A ma famille

A mes amis

A Toi

Table des matières

Serment d’Hippocrate	7
Dédicaces et remerciements	8
Index des figures et des tableaux.....	11
Abréviations	12
Introduction	13
Contexte :.....	13
Etat mental à risque et symptômes de base	14
Matériel et méthodes	18
Résultats	19
La psychiatrie reste une spécialité peu accessible	21
La psychose reste une incertitude	24
L’intervention précoce en psychiatrie reste une notion inconnue en médecine générale. 26	
Le médecin généraliste garde une place centrale.....	29
Discussion	31
Conclusion.....	35
Bibliographie.....	37
Annexes	41
Annexe 1 : Guide d’entretien	41
Annexe 2 : Prodromal Questionnaire PQ16	42

Index des figures et des tableaux

Figure 1 : Interaction entre la vulnérabilité et le stress.....	14
Figure 2 : Stades prodromaux de la psychose	16
Figure 3 : Schéma représentatif des différents thèmes de l'analyse	20
Tableau 1 : Caractéristiques des praticiens de l'échantillon interrogé.....	19

Abréviations

ARMS : At Risk Mental State

BLIPS : Brief Limited Intermittent Psychosis Symptoms

BS : Basics Symptoms

CAARMS : Comprehensive Assessment of at Risk Mental State

CIP : Centre d'Intervention Précoce

CPE : Conseiller Principal d'Éducation

DPC : Développement Professionnel Continu

DPNT : Durée de Psychose Non Traitée

ECN : Examen Classant National

MST : Maladies Sexuellement Transmissibles

PEP : Premier Épisode Esychotique

SIPS : Structured Interview for Prodromal Syndromes

SOPS : Scale Of Prodromal Syndromes

UHR : Ultra Haut Risque

Introduction

Contexte :

La psychose est un ensemble de troubles mentaux caractérisé par une altération « de la perception de la réalité ». Les symptômes dits psychotiques (à savoir les hallucinations et les idées délirantes) peuvent s'intégrer à de nombreux troubles psychiatriques mais ne constituent pas une pathologie spécifique en soi, selon le DSM ou la CIM.

La prévalence des troubles psychotiques est d'environ 3 %, et l'incidence annuelle en France est estimée à au moins 15 000 nouveaux cas par an chez les jeunes de 15 à 25 ans (4, 5). La schizophrénie est une pathologie psychiatrique chronique complexe, touchant environ 0,7% à 1 % de la population mondiale (6), représentant ainsi environ 600 000 patients en France. Elle est classiquement diagnostiquée parmi la population âgée de 15 à 25 ans ; elle affecte aussi bien les femmes que les hommes, ces derniers semblants touchés par des formes plus précoces et invalidantes (7).

Cette affection est caractérisée par trois catégories de symptômes (6) :

- Les symptômes dits « positifs » (ou productifs), incluant les hallucinations et les éléments délirants, qui sont les signes habituellement les plus connus et détectables car bruyants et parfois brutaux ;
- Les symptômes « négatifs » (ou déficitaires), correspondent à un appauvrissement affectif et émotionnel, avec entre autres une anhédonie, des altérations de la volonté, une asthénie, une apathie.
- Et enfin les symptômes « cognitifs », avec des troubles de l'attention, de la mémoire et des fonctions exécutives supérieures (désorganisation de la pensée, difficulté à planifier des tâches simples comme faire des courses...) ainsi qu'une altération de la cognition sociale (repli social, trouble de la reconnaissance des émotions).

Actuellement, la schizophrénie est considérée comme un trouble du neurodéveloppement, secondaire à une importante interaction entre des causes génétiques et des facteurs environnementaux multiples. En effet, dans la plupart des cas il existe une prédisposition génétique entraînant une vulnérabilité sur laquelle vont agir des facteurs environnementaux, et ce lors de deux périodes critiques de développement cérébral : 1) la période *pré et* périnatale et 2) l'adolescence (1, 7).

Ce modèle appelé « double hit » rend compte de l'existence de cette vulnérabilité génétique qui subit d'abord l'influence d'une ou plusieurs agressions(s) précoce(s) (par exemple une souffrance fœtale, une infection pendant la grossesse...) entraînant l'apparition d'un phénotype de neurodéveloppement particulier, sur lequel va agir une (ou plusieurs) agressions tardives (facteurs de stress environnementaux, consommation de toxiques...), avec à terme le possible développement de la maladie. Ainsi, la schizophrénie est par exemple plus fréquente chez les personnes vivant en milieu urbain ou chez celles ayant un parcours d'immigration (cf **Figure 1**).

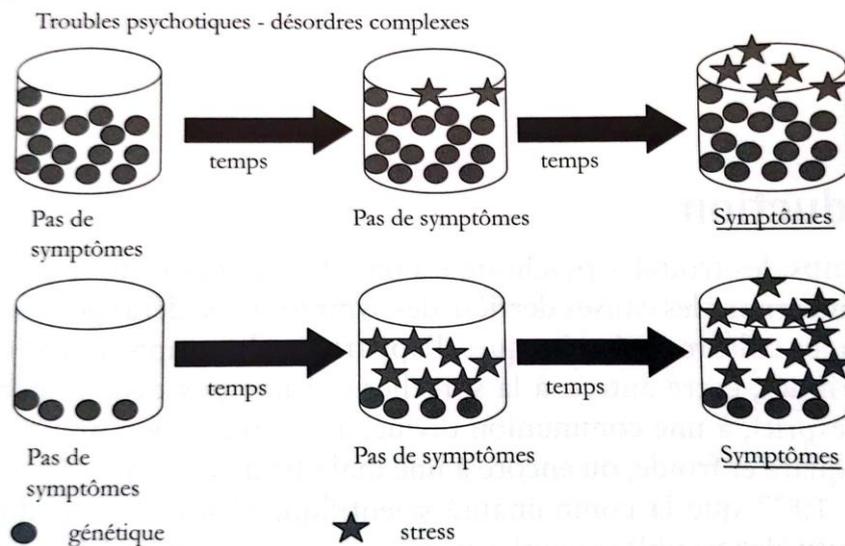


Figure 1 : Interaction entre la vulnérabilité et le stress (Issu de Lecardeur, L. (2019). *Troubles psychotiques : protocoles d'intervention précoce : Le guide du clinicien*, Elsevier Health Sciences) (1).

Etat mental à risque et symptômes de base

Ainsi, cette trajectoire neurodéveloppementale sous-entend la notion d'étapes, voire de stades prodromaux (cf **Figure 2**) qui ont été caractérisés ces dernières décennies.

Parmi ces stades prodromaux, il existe une population considérée comme « état mental à risque » (At Risk Mental State (ARMS)) ou « Ultra Haut Risque » (UHR) de transition psychotique (8). Cette terminologie utilisée par les auteurs McGorry et al (9) permet de souligner l'incertitude du devenir des patients présentant ces symptômes prodromiques. En effet, une bonne partie d'entre eux ne transiteront pas dans la psychose chronique, cette évolution n'étant pas inéluctable. La littérature démontre que seulement 1/3 évolueront vers la

psychose, tandis que d'autres entrèrent en rémission complète, tandis que d'autres présenteront une persistance de certaines difficultés avec notamment l'entrée dans d'autres maladies psychiatriques chroniques. Ces sujets définis comme « UHR » présentent des symptômes non spécifiques, comme l'anxiété, des troubles de la concentration, des troubles sensoriels, un retrait social (10).

La population UHR comprend trois groupes : 1) les sujets avec une vulnérabilité pour la psychose (antécédents familiaux au premier degré de troubles psychotiques et/ou personnalité schizotypique), 2) Sujets présentant une psychose atténuée (par leur intensité ou leur fréquence au cours de la dernière année) et 3) Sujets présentant des symptômes psychotiques limités, intermittents et bref (Brief Limited Intermittent Psychosis Symptoms = BLIPS).

Préalablement à ces symptômes, une phase prodromique « précoce » a également été étudiée par les équipes de Huber et al (11, 12) Il s'agit des « symptômes de base » (Basic Symptoms (BS)). Ce sont des troubles aspécifiques tels qu'un affaiblissement des fonctions cognitives, une altération de leurs capacités à ressentir des émotions, une perte d'énergie, une altération des fonctions motrices, des sensations corporelles, des perceptions sensorielles et une intolérance au stress (13, 14). L'absence de symptômes de base exclut à 96% une schizophrénie alors que leur présence prédit une évolution vers la maladie avec une probabilité de 70% (15). Ces approches différentes mais complémentaires (BS et UHR), permettent de détecter différentes périodes des phases prodromiques de la psychose et de la schizophrénie (1, 7) (**cf Figure 2**).

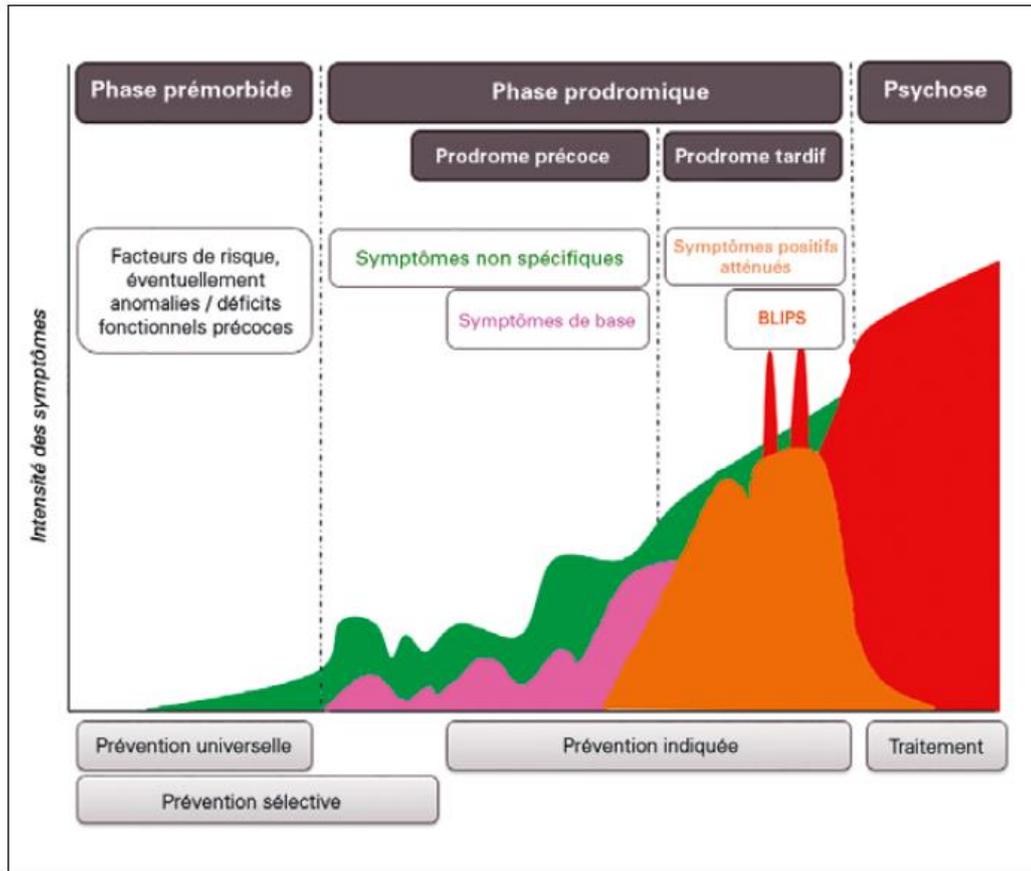


Figure 2 : Stades prodromaux de la psychose (D'après Fusar-Poli, P., et al. (2013). "The psychosis high-risk state: a comprehensive state-of-the-art review." *JAMA psychiatry* 70 (1) : 107-120, modifié dans Stefan, B. (2019). "Troubles psychotiques: dépistage et intervention précoces") (2, 3).

Afin de détecter et caractériser ces stades précoces, plusieurs échelles ont été validées et largement développées depuis plusieurs années (1) : la CAARMS (Comprehensive Assessment of at Risk Mental State) (9) et la SIPS (Structured Interview for Prodromal Syndromes) et la SOPS (Scale Of Prodromal Syndromes, dérivé du SIPS) (16-18). A ce jour, la CAARMS est le seul outil de dépistage validé en français (19); elle est cependant très spécifique et très longue à réaliser, rendant son utilisation non adaptée à la pratique de la médecine générale.

Dans les cas où ces états prodromaux (SB et UHR) passent inaperçus, étant donné leurs présentations non spécifiques (à cause des symptômes négatifs et cognitifs prédominants, s'apparentant par exemple à une dépression), il en découle un retard dans le diagnostic et dans leurs prises en charge. On parle alors de durée de psychose non traitée (DPNT), qui est le délai existant entre l'apparition des premiers épisodes psychotiques permettant d'évoquer le

diagnostic de PEP (Premier Episode Psychotique), ou en d'autres termes, la « transition » dans la psychose, et l'introduction d'un premier traitement de fond antipsychotique (2, 4, 20, 21).

Actuellement, la DPNT est d'environ 1 à 2 ans en France, or ce délai a un impact majeur sur le pronostic et l'évolution de la maladie. En effet, ces symptômes prodromaux sont à l'origine d'un handicap déterminant chez les patients, en entravant la scolarité ou l'accès à un emploi, le maintien de l'autonomie et en altérant l'insertion sociale globale. Ils représentent donc un enjeu majeur de santé publique (1).

De plus, une étude réalisée en 2013 (22) a montré que 75 % des patients souffrant d'un PEP ont présenté des symptômes prodromiques dans les années précédant l'émergence du trouble avéré. La durée de cette phase prodromique est en moyenne de 5 ans (1). Il est aujourd'hui démontré qu'une prise en charge adaptée et précoce « limite l'entrée dans la phase chronique de la maladie et améliore les chances de rémission, permettant au jeune de reprendre ses études, son travail, sa vie » (4, 21, 23).

C'est pourquoi aujourd'hui, il paraît primordial de poursuivre le développement des stratégies de prévention visant à réduire la DPNT en détectant et en intervenant précocement dans ces stades prodromaux. Toutes ces stratégies ne peuvent se mettre en place sans la participation des médecins de première ligne que sont les médecins généralistes. En effet, le médecin généraliste est un acteur principal dans la prévention, le dépistage et l'orientation thérapeutique des patients, toute pathologie confondue (24-26). De nombreuses études et thèses ont été réalisées ces dernières années sur le repérage et la prise en charge des états prodromaux de la psychose, notamment en ambulatoire et par les médecins généralistes (20, 23, 25, 27, 28). Mais qu'en est-il réellement sur le territoire de la Côte d'Or, concernant le rôle du médecin généraliste dans l'intervention précoce des troubles psychotiques ?

Nous avons souhaité, au travers d'entretiens semi-directifs auprès de praticiens exerçant en médecine générale, faire un état des lieux de leurs connaissances, en recueillant leur vécu et leur perception concernant le repérage précoce des psychoses débutantes, c'est à dire des états prodromaux, chez les adolescents et les jeunes adultes, dans leur pratique courante.

Matériel et méthodes

L'objectif de cette étude était de recueillir la perception et les connaissances des troubles psychotiques ainsi que l'expérience vécue de médecins généralistes dans la prise en charge des psychoses débutantes chez les adolescents et les jeunes adultes.

Ce travail a été réalisé par trois investigateurs, Olivia Forte (OF), Dr Camille Coudert (CC) et le Dr Steve Duong (SD). Pour cela, nous avons mené des entretiens semi-dirigés auprès de médecins généralistes remplaçants ou installés en Côte d'Or. Nous avons essayé de diversifier le profil des médecins interrogés, notamment selon le lieu d'exercice (rural ou urbain), le genre du praticien, le nombre d'années d'expérience et selon le type de patientèle (patientèle aisée, classe moyenne, en situation de précarité, âges divers...) (cf **Tableau 1**).

Les entretiens individuels ont été menés à partir d'un questionnaire (ou guide d'entretien) établi au préalable (cf **Annexe 1**) ; les questions posées étaient le plus ouvertes possible pour permettre aux médecins de s'exprimer librement sur la question d'étude. La grille de questions a été testée et modifiée après 3 entretiens d'essai.

La trame d'entretien était articulée autour de 3 thèmes principaux : 1) les connaissances des troubles psychotiques par les médecins généralistes, 2) le rapport du médecin généraliste à la psychiatrie et 3) sa place dans le repérage précoce des psychoses chez les adolescents et les jeunes adultes.

Chaque médecin interrogé a été contacté par téléphone via nos réseaux de soins, pour fixer un rendez-vous d'entretien et leur donner le sujet de recherche de la thèse. Les entretiens ont été menés par l'un des membres de l'équipe (OF), en présentiel ou en distanciel (par téléphone) avec double enregistrement audio. Il avait été signalé aux praticiens que les entretiens seraient enregistrés puis retranscrits intégralement pour constituer les verbatims ; il leur a également été signalé que certaines des citations tirées de leurs entretiens pourraient être utilisées pour illustrer le propos. Les données identifiables ont été codées afin de garantir l'anonymat des médecins interrogés.

L'ensemble des verbatims a ensuite été analysé selon une méthode qualitative inductive : ils ont été codés de façon indépendante en double lecture (OF, CC) afin d'identifier et de décrire les différents thèmes évoqués parmi tout le corpus des entretiens. Nous avons ensuite effectué

une analyse longitudinale de chaque entretien afin de dégager leurs thématiques puis nous les avons comparés entre eux via une analyse transversale.

Les entretiens ont été conduits jusqu'à obtention du seuil de saturation (soit le point à partir duquel aucun des nouveaux entretiens n'apportaient plus de nouveaux thèmes par rapport à la grille d'entretien).

Enfin, chaque thème identifié a ensuite été analysé puis classé selon sa pertinence qualitative (importance de lien par rapport au sujet) et quantitative (selon la fréquence d'évocation). Ainsi, les thèmes ont été organisés en thèmes majeurs et en sous-thèmes. Après concertation avec les investigateurs (OF, CC, SD), il a été décidé de fusionner certains thèmes ou de les reclasser afin d'harmoniser les deux analyses conduites individuellement au préalable.

Résultats

Médecin interrogé	Sexe (H/F)	Age	Durée d'installation	Type d'exercice	Type de patientèle décrite
1	H	35	6 ans	Médecine générale semi-rurale + régulation médicale	Classe moyenne, activité pédiatrique importante
2	F	50	10 ans	Médecine générale urbaine, cabinet de groupe	Milieu social défavorisé Population jeune
3	F	29	5 mois	Médecine générale semi-rurale cabinet de groupe	Familiale, activité pédiatrique et gériatrique importante
4	F	62	30 ans	Médecine générale urbaine, cabinet de groupe	Patientèle de tout âge, variée ; milieux sociaux mixtes
5	H	35	5 ans	Médecine générale semi-rurale Associé	Patientèle familiale et variée
6	H	33	Remplaçant 3 ans	Médecine générale semi-rurale	Patientèle âgée et pédiatrique
7	F	32	2,5 ans	Médecine urbaine, collaborateur	Population âgée et un peu pédiatrique
8	F	54	25 ans	Médecine générale urbaine, cabinet de groupe	Activité gynécologique importante. Patientèle majoritairement féminine
9	H	51	17 ans	Médecine générale urbaine, cabinet de groupe	Patientèle jeune, de passage
10	H	30	3,5 mois	Médecine générale urbaine, associé	Patientèle âgée
11	F	32	3 ans	Médecine générale semi-rurale, associée	Patientèle jeune
12	H	61	32 ans	Médecine générale urbaine, cabinet de groupe régulation SAMU	Population variée, quartier populaire

Tableau 1 : Caractéristiques des praticiens de l'échantillon interrogé

Au total, 12 médecins généralistes de Côte d’Or (6 femmes et 6 hommes) ont été interrogés dans le cadre de cette étude (entre le 26 février et le 16 avril 2022) (cf **Tableau 1**). La moyenne d’âge était de 42 ans (de 29 à 62 ans) et la durée moyenne d’un entretien était de 29 minutes (12,5 – 44 minutes).

Au décours de l’analyse thématique du contenu des verbatims, 4 thèmes principaux, détaillés ci-dessous, et associés chacun à plusieurs sous thèmes, ont été retenus (cf **figure 3**).

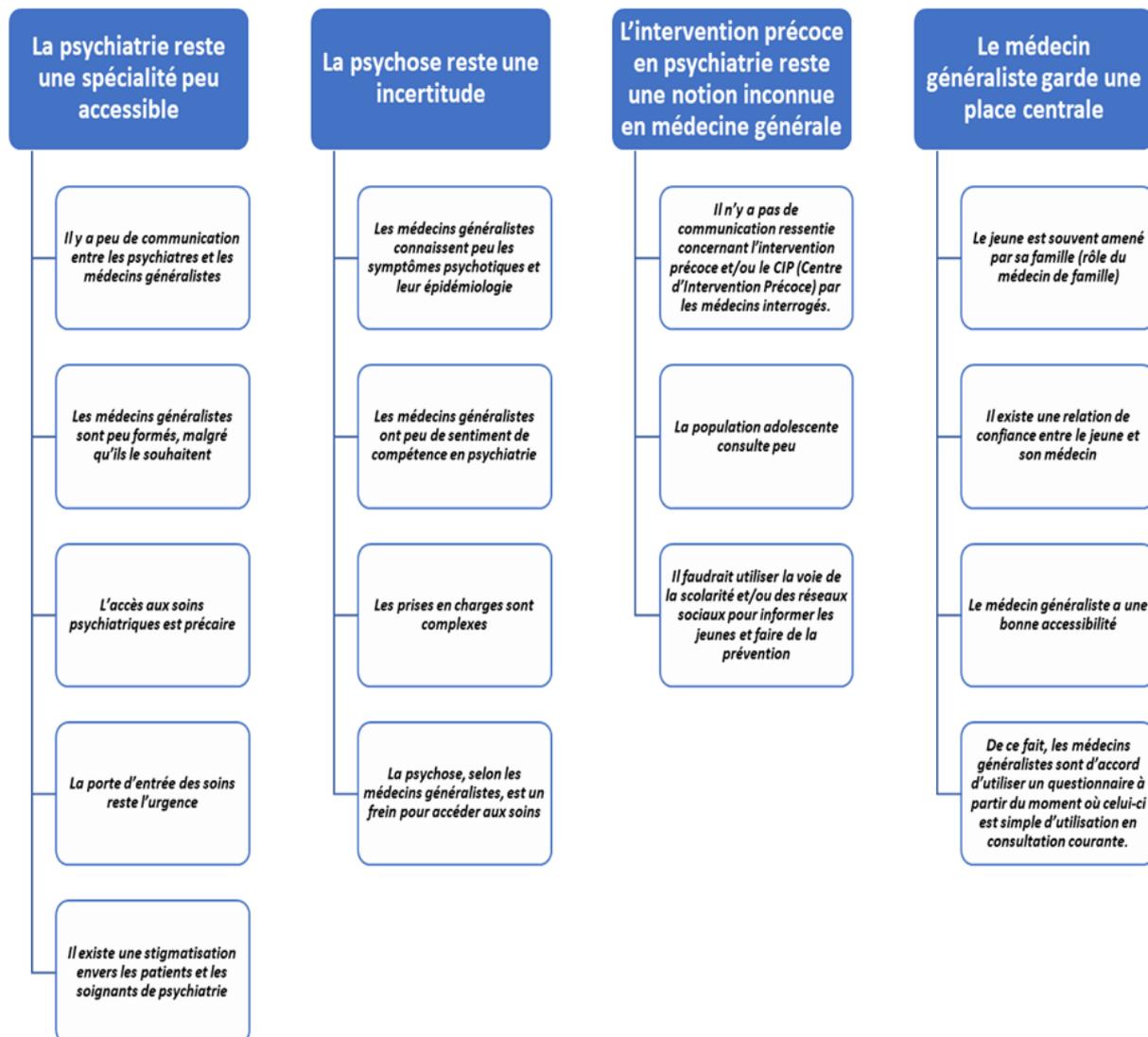


Figure 3 : Schéma représentatif des différents thèmes de l’analyse

La psychiatrie reste une spécialité peu accessible

Il y a peu de communication entre les psychiatres et les médecins généralistes

Globalement le ressenti des praticiens en médecine générale concernant les liens avec les collègues psychiatres est une absence de communication, entraînant une méconnaissance des structures existantes sur le territoire. Ainsi il est difficile pour les praticiens d'y adresser leurs patients.

« Même pour les troubles non psychotiques, quand c'est de la psychiatrie, que ce soit enfant ou adulte, on est tout le temps évincé, on n'a aucun courrier, on ne participe pas aux soins psychiatriques, je parle des pathologies lourdes hein. »

« Et puis en fait, on a très peu de contact avec eux. »

« Je trouve que c'est une partie de la médecine où c'est mal organisé. On n'informe pas assez les professionnels de santé »

« Je n'ai aucun lien, avec les psychiatres libéraux. »

« [...] une lettre de la Chartreuse c'est exceptionnel. Ce ne sont pratiquement jamais les courriers des psychiatres... Ce sont des gens qui ne t'écrivent pas. Quoique les jeunes si, un peu plus. »

Les médecins généralistes sont peu formés, alors qu'ils le souhaitent.

Le retour de cet échantillon de médecins généralistes est unanime : la formation théorique et pratique en psychiatrie est insuffisante. Pour la plupart, la dernière fois qu'ils ont pu avoir accès à une formation en psychiatrie était au moment des enseignements des ECN (Examens Classants Nationaux). Il manque des formations durant l'externat, mais également pendant l'internat de médecine générale et surtout pendant la pratique courante une fois la thèse passée. Certains praticiens évoquent la possibilité d'avoir plus de formations continues et/ou d'analyses de pratique. Les médecins plus âgés sont un peu plus à l'aise de par leurs années d'expérience, néanmoins, tous aimeraient des enseignements pratiques, avec des techniques de communication et/ou des outils à utiliser durant les consultations, afin de savoir repérer et de proposer une orientation et une prise en charge adaptées.

« Il y a peut-être des questions adaptées à la psychiatrie, qu'on pourrait poser au quotidien à nos patients. Mais je n'en connais pas en tout cas. On n'a pas été trop formé à ça. »

« J'avoue qu'on est très peu formé sur les troubles psychotiques, déjà que la formation en psychiatrie est relativement succincte, et surtout, on n'est pas forcément passé en stage de psychiatrie. »

« Moi personnellement, je manque complètement de formation sur ça, c'est évident. Après, la psy en congrès de médecine générale, il n'y en a jamais... ou très rarement, ou alors c'est de l'addicto. »

« Oui clairement, je pense que j'ai une méconnaissance des pathologies. »

L'accès aux soins psychiatriques est précaire

Il s'agit d'un retour commun dans les entretiens : l'accès aux soins psychiatriques est difficile, avec des délais d'attente jugés trop longs. Nombreuses semblent être les structures n'accueillant plus de nouveaux patients, laissant les médecins généralistes démunis lorsqu'ils reçoivent un patient nécessitant manifestement un avis psychiatrique a minima, ou un suivi spécialisé régulier.

« Les filiales sont bouchées... et tous les pys de Dijon ne prennent plus de nouveaux patients. »

« C'est de plus en plus problématique parce qu'ils ont trop de monde et avant on les adressait souvent assez facilement au CMP, même on téléphonait pour avoir un rendez-vous c'était assez rapide mais... là même depuis un an, ils ne prennent plus de nouveaux patients. »

« Alors déjà sur Beaune, c'est compliqué en psychiatrie... c'est même très, très compliqué les CMP, il y a 6 à 8 mois d'attente. Les psychiatres en libéral ne prennent plus de nouveaux patients. »

« Il y a des délais d'intervention qui sont beaucoup trop longs quoi... Pour les adresser à quelqu'un, tout ce qui est CMP, pédopsychiatres, c'est quand même très très compliqué. Très compliqué. Voire infaisable et irréalisable. »

La porte d'entrée des soins reste souvent l'urgence.

De ce fait, la communication et l'accès aux psychiatres, libéraux ou en structures publiques, étant difficiles, le dernier recours semble être, dans les situations le nécessitant, la voie des urgences. Les urgences sont ainsi dépeintes comme la seule porte d'entrée actuelle pour accéder à des soins psychiatriques rapides.

« Il n'y a aucun pédopsychiatre avec qui je peux prendre rendez-vous sans passer par les urgences. »

« Par contre les admissions se font forcément par les urgences, soit de Langres, soit de Chaumont. »

« Bon généralement ils me disent de repasser par le 15. »

« Les filiales sont bouchées... Moi quand j'ai un ado en face de moi, j'espère qu'il a envie de se suicider parce qu'au moins ça me permet de l'envoyer aux urgences pédiatriques et qu'il puisse être pris en charge... Sinon il n'y a pas de pédopsy libérale, il n'y a pas de structures de psy destinées aux ados. »

Il existe une stigmatisation envers les patients et les soignants de psychiatrie

On ne peut que constater qu'il subsiste encore des représentations négatives autour de la psychiatrie, que ce soit au niveau des patients et des soignants. Les praticiens interrogés supposent également l'existence d'une auto-stigmatisation de la part des patients eux-mêmes. La représentation de la maladie étant considérée ici comme un diagnostic effrayant, avec une peur du pronostic mais également de la réaction et du regard de la société en elle-même. Cette peur semble amener certains praticiens à se sentir mal à l'aise pour évoquer la nécessité d'un avis spécialisé, proposer un traitement, voire pour évoquer certains diagnostics ou type de symptômes. D'où le besoin d'utiliser des termes édulcorés, plus flous, moins chargés en représentation. Cette dimension semble d'autant plus vraie concernant la population adolescente et jeune adulte.

« Pour moi c'est ça la psychose, c'est quelqu'un de bizarre. Quand j'étais externe, la psychiatrie... c'est bête à dire mais c'était « bon bah, je vais voir des fous quoi... » »

« Par contre quand on leur dit psychiatre, ils ont un peu peur... Dès qu'on aborde le truc pathologique, psychiatrique, il y a des gens qui se braquent. »

« Déjà, parler de dépression c'est tabou, alors imaginer parler de schizophrénie c'est vraiment compliqué. Déjà quand vous leur dites qu'il va falloir mettre un traitement anti-dépresseur, ils se mettent à pleurer. »

« Clairement je pense qu'elle a la trouille de ce qu'on pourrait trouver, et je crois qu'elle a raison. »

« Après, les symptômes... il y a plusieurs pathologies, donc forcément... l'agressivité, l'agitation... pas chez tout le monde hein... les hallucinations, les passages à l'acte, plus impulsif qu'ailleurs. »

« Il y a des déterminants socio-culturels qui font qu'on ne les a pas ces gens-là, ce qui explique peut-être que j'en vois très peu, ou je ne sais pas les repérer, et du coup je ne les repère pas. »

La psychose reste une incertitude

Les médecins généralistes connaissent peu les symptômes psychotiques et leur épidémiologie.

Les symptômes psychotiques restent une dimension floue et mystérieuse pour beaucoup de praticiens. La plupart parviennent à citer les hallucinations et les idées délirantes. Les pathologies dans lesquelles s'intègrent ces symptômes sont elles aussi peu connues, les entités nosographiques pouvant se confondre, les symptômes cités étant aspécifiques. Les médecins eux même reconnaissent n'avoir qu'une connaissance partielle ou lointaine de ces syndromes.

« C'est quelque chose de rare, enfin tellement rare que moi pour l'instant c'est inexistant [...] je ne sais pas s'il y a des facteurs de risque d'entrée dans la psychose ni quels sont-ils et s'il y en a qui ont été identifiés ? »

« Je ne connais rien à la schizophrénie. Je ne sais même pas l'épidémiologie des psychoses, [...] à quel âge ça se déclenche... »

« Ça m'inspire de vieux souvenirs des ECN... [Hésite], Qu'est-ce que c'est qu'un trouble psychotique... ça regroupe plusieurs choses... Mais après, ça me paraît très floue. Je ne sais pas... Non, faire une définition... c'est compliqué. »

« Je dirais ce sont des troubles du comportement qu'on n'arrive pas à réguler avec des médicaments neuroleptiques, ce n'est pas évident à définir comme ça. »

« Après les troubles de la personnalité, je ne suis pas sûre que ça rentre dans la psychose, je ne sais pas. J'avais été un peu scotchée de me dire "bah oui en fait il y a un traitement pour la schizophrénie, je n'y aurais jamais pensé quoi »

« Heu... angoisses, crises d'angoisses, mutisme parfois aussi, ils ne disent rien, parfois physiquement une torpeur, des symptômes un peu physiques heu... fatigue, psychasthénie, qui n'arrivent pas non plus à réfléchir, heu... troubles du caractère parfois aussi, agitation, agitation motrice, agressivité, une auto-agressivité parfois, quand c'est des plus jeunes, des enfants aussi... »

Les médecins généralistes ont peu de sentiment de compétence en psychiatrie

La plupart des praticiens révèlent des difficultés dans la prise en charge des patients dans les pathologies psychiatriques en général, et en particulier dans les cas de psychose. Elles existent tant au moment d'évoquer un diagnostic qu'à celui de proposer un traitement voire simplement une orientation vers le spécialiste. Les médecins généralistes sont peu à l'aise et se sentent en position inconfortable dans ce type de prise en charge.

« Mais c'est très bizarre, j'ai du mal à définir quoi, à mettre des mots, des mots précis là-dessus, vous voyez. Si par exemple elle vient pour des symptômes bizarres... Je ne pense pas que j'initierai un traitement, je ne pense pas. Je ne me verrai pas le faire. »

« Moi je n'ai jamais pris en charge de troubles psychotiques de ma vie je crois en fait. J'ai une inexpérience totale. »

« Je suis parfaitement incompetent dans le domaine. »

« Alors moi je ne suis pas forcément à l'aise avec les gens psychotiques en général. »

Les prises en charges sont complexes

Par conséquent, du fait de ce manque de connaissances pratiques et du ressenti d'inconfort face à ces pathologies, les médecins interrogés les décrivent comme difficiles et compliquées à prendre en charge. En dehors des situations d'urgences, ils se retrouvent en position d'impasse pour les orienter et proposer aux patients des soins en adéquation avec leurs troubles.

« C'est plus que compliqué, c'est invivable, c'est un effondrement »

« Oui. Alors là, là c'est très compliqué, très très compliqué...pour les envoyer en consultation, avoir accès à une consultation, faire hospitaliser d'emblée ce n'est pas si évident que ça. La théorie c'est bien, mais en réalisation pratique de tous les jours en consultation, c'est infaisable... »

« C'est des gens hyper fragiles, le suivi est difficile car ils nous échappent souvent. »

« Quand elle se sent mieux elle laisse tout tomber, et puis quand elle est trop mal elle arrive au cabinet en pleurs alors c'est compliqué... la prise en charge est très compliquée. »

« je crois qu'entre-temps le patient avait décroché, il n'est pas revenu me voir. Ça fait une errance. »

La psychose, selon les médecins généralistes, est un frein pour accéder aux soins

Pour certains praticiens interrogés, il semble que leur représentation des symptômes psychotiques est telle que cela empêche les patients d'être dans une démarche de soins du fait de l'altération systématique de leur jugement. Le patient souffrant de psychose est considéré comme un usager privé de façon permanente de discernement, qui ne pourrait donc pas solliciter de lui-même de l'aide pour sa santé mentale ou physique. Par ailleurs, pour la plupart des médecins généralistes de notre échantillon, l'auto-stigmatisation représenterait un frein à l'accès aux soins en psychiatrie.

« Psychose... [hésite] A la différence d'une névrose, pour moi c'est quelqu'un qui ne se rend pas compte du tout de ce qu'il se passe quoi. Il n'est pas bien mais lui il ne se rend pas compte. »

« J'ai beaucoup de jeunes schizophrènes qui refusent de voir leurs psychiatres une fois le traitement mis en place et qui viennent au cabinet. »

« Ceux que j'ai connu... à la base ils refusent de prendre leur traitement, ils ne vont pas voir de docteur, ils sont très bien, enfin non, mais ils ne se disent pas qu'ils vont aller consulter, et quand on les amène chez le psy ils veulent se barrer direct. C'est pas du tout des gens qui ont une adhésion thérapeutique [...] »

« Si je pense qu'ils se livrent, mais il y a quand même des fois une espèce de réticence parce que souvent ils sont allés voir sur internet et en fait ça leur fait peur quoi. »

« Je ne sais pas si, comment dire... quand on a des troubles psychotiques on va consulter... »

« Le plus souvent ils refusent de consulter et puis il y a toujours ce va-et-vient qu'on voit en psychiatrie : je prends mon traitement, je vais mieux donc je l'arrête car je n'en ai plus besoin et je replonge. Il y a ce phénomène-là, de non-adhésion aux soins, qui est majeur. »

L'intervention précoce en psychiatrie reste une notion inconnue en médecine générale

Il n'y a pas de communication ressentie concernant l'intervention précoce ou le CIP (Centre d'Intervention Précoce) par les médecins interrogés.

La notion d'intervention précoce pour les stades prodromaux de la psychose est inconnue de notre échantillon de médecins généralistes. Cette notion est plutôt évoquée dans le cadre du spectre de l'autisme ou pour l'addictologie. De la même façon que peu de médecins généralistes semblent avoir des connaissances générales concernant les symptômes psychotiques, ils ne s'avèrent pas non plus familiers avec les stades prodromaux de la psychose. Concernant le CIP,

seulement un praticien sur douze avait déjà adressé un patient (grâce à la connaissance d'un médecin intervenant sur la structure). Cependant, la majorité de l'échantillon était intéressée par de plus amples informations et demandeuse de connaître les critères d'adressage et les modalités de suivi ainsi que les objectifs de prise en charge.

« Eh bien non, franchement... J'aurais plutôt vu ça chez des enfants, enfin les petits. Mais pour les ados ou jeunes adultes, pas spécialement. »

« Oui, repérage précoce mais dans d'autres choses, notamment dans les troubles addictifs mais pas dans d'autres pathologies psychiatriques. Les seuls repérages précoces que je connais et bien ce sont les troubles addictifs, l'alcool, le tabac, etc, le cannabis. »

« A part pour les addictions, non... Franchement... Si pour l'autisme, chez les enfants. On en parle pas mal. Mais après les... pour les autres pathologies psy, non. Franchement, non. »

« Alors pour le repérage précoce, c'est clair qu'il faudrait qu'on soit mieux formé et, le CIP, c'est le genre de réseau je pense, qu'il faudrait développer, clairement. Pour nous aider... »

La population adolescente consulte peu

La population adolescente et jeune adulte, comprise entre 15 et 25 ans, semble être la grande absente des cabinets médicaux généralistes. Elle est décrite comme une population qui consulte peu fréquemment : c'est une population en bonne santé, qui ne se présente qu'à l'occasion des demandes très spécifiques, telles que les certificats de sport par exemple. Rares semblent être les jeunes qui consultent avec des questionnements relatifs à leur santé mentale. De plus, bien que certains médecins généralistes rapportent avoir une patientèle jeune, il ne s'agit en général que d'une population pédiatrique ou de jeunes parents, et beaucoup plus rarement d'une population adolescente. De ce fait, les occasions de discuter santé physique et surtout psychique sont rares, et il semble nécessaire de profiter d'une consultation pour un autre motif afin d'orienter la conversation sur ce sujet.

« On ne les voit pas très souvent [...] on les voit très peu »

« Bon pour les 15-25 ans je ne suis pas sûr que le médecin généraliste soit leur interlocuteur, je ne sais pas... J'ai l'impression que c'est vraiment la population que je ne vois pas. C'est ceux que je vois le moins. »

« C'est central parce ce que c'est le médecin [généraliste] qui va suivre un jeune... mais qui ne va pas beaucoup consulter parce que généralement ils n'ont pas forcément beaucoup de gros soucis de santé à cet âge-là. »

« En pédiatrie par exemple, on voit les enfants jusqu'à 6 ans puis après on ne les voit plus, on les voit une fois par an pour les certificats de sport quoi, c'est tout. Moi il y a des enfants je les vois à 12 ans et quand je les revois ils ont 22 ans. »

Il faudrait utiliser la voie de la scolarité et/ou des réseaux sociaux pour informer les jeunes et faire de la prévention

L'avis est partagé à ce sujet, certains praticiens voyant un intérêt à promouvoir l'information et l'éducation des jeunes. Notamment par des campagnes d'information simples (affiches, publicités télévisuelles) et/ou le témoignage de patients atteints de schizophrénie par exemple (via les réseaux sociaux). D'autres à l'inverse pensent que cela risquerait de « noyer » la population avec des informations compliquées, entraînant un risque d'être mal comprises, ou engendrant une peur exacerbée. Ceci pouvant conduire à saturer les dispositifs d'avales.

« Il faudrait faire une meilleure communication, je ne sais pas... faire des reportages à la télévisions, ça pourrait être pas mal. Les gens sont beaucoup sur les réseaux sociaux, internet, télévision... »

« [...] « banaliser » plus les soucis de santé mentale, je pense que ça pourrait être bien. Pas forcément de banaliser mais de... mais d'en entendre plus parler quoi... de ne pas se dire que c'est la honte »

« Il faudrait des témoignages, des psychotiques qui parlent de ce qu'ils ont vécu et qu'ils portent un message... pourquoi pas ? »

« Pourquoi pas sensibiliser aussi les non médicaux type les profs et CPE (Conseiller Principal d'Education) etc. Il faudrait qu'ils aient un « cours » au lycée, au collège, pour les sensibiliser à ça, comme pour la sexualité, les MST (Maladies Sexuellement Transmissibles), les gestes d'urgence, etc. »

« Hmm... parler de psychoses ça ne va pas être facile... »

« je ne suis pas sûr [...] c'est déjà très difficile pour nous alors donner des grandes lignes au public...des choses très simples quoi... Si vous commencez à dire « hallucinations », je ne suis pas sûr qu'ils arrivent à faire la part des choses en fait. »

Le médecin généraliste garde une place centrale

Le jeune est souvent amené par sa famille (rôle du médecin de famille)

Si la population cible est une population peu visible en consultation spontanée, le médecin généraliste peu compter néanmoins sur l'entourage et la famille du jeune pour l'alerter sur d'éventuelles situations problématiques ou amener ce dernier à venir consulter.

« Il y a quand même des parents qui nous les amènent, donc on tient beaucoup compte de ce que disent les parents. »

« On est dans la famille, donc on voit bien, on connaît les frères, les sœurs, on connaît tout le monde, donc ça c'est notre boulot aussi quoi. »

« Notre rôle il est primordial je pense, aussi bien parce qu'on a un contact avec la personne mais avec la famille aussi, qui va nous dire quand ça ne va pas. »

« Ils ne reconnaissent pas, c'est la famille, l'entourage qui vient nous consulter. »

« C'est souvent un intermédiaire, un tiers qui nous dit « mon fils, ma fille ne va pas bien. » »

Il existe une relation de confiance entre le jeune et son médecin

La relation thérapeutique entre un médecin généraliste et son patient est unique au sein des spécialités. En effet, il s'agit souvent de patients suivis depuis leur enfance. Cette relation peut faciliter la démarche de consultation et inciter le jeune à se livrer et à demander conseil.

« Je pense qu'ils se tournent principalement vers leurs médecins généralistes au début. Donc je pense que notre place est essentielle, à mon avis. »

« On est la première personne qu'ils viennent chercher pour des conseils. »

« Bon alors en tant que médecin traitant, enfin...médecin de famille quoi, bon on arrive parfois, de temps en temps, à creuser l'affaire. »

« Le médecin il suit les enfants depuis le plus jeune âge en général, donc ils nous connaissent. »

Le médecin généraliste a une bonne accessibilité

Les praticiens interrogés rapportent qu'à leurs yeux, le médecin généraliste a une place privilégiée dans le parcours de soins de leurs patients. Ils représentent à la fois le premier recours, la porte d'entrée dans les soins, mais également le médecin coordonnateur, que ce soit

pour le patient ou sa famille. Le médecin généraliste est un médecin accessible, pivot de l'organisation des soins.

« Moi je pense que c'est le premier, entre guillemet... Le premier qui peut repérer quelque chose. Le médecin généraliste, c'est celui qui voit tout, en fait. Pour moi, le médecin généraliste, je lui donne l'image un peu d'une « tour de contrôle. » »

« C'est l'avantage qu'on a en médecine générale, c'est qu'on les revoit. »

« Je pense qu'en tant que médecin, on est un bon interlocuteur. Je m'aperçois qu'avec moi, quand les jeunes viennent me voir, ils parlent de tout et de rien. »

« Je pense que c'est central parce qu'en général c'est le médecin généraliste qui va suivre le jeune [...] il peut repérer des choses, notamment lors des consultations pour un autre motif... et souvent il connaît les proches, la famille. Il a aussi une prise en charge qui est globale, qui est à la fois somatique, psychologique et sociale. »

De ce fait, les médecins généralistes sont d'accord d'utiliser un questionnaire à partir du moment où celui-ci est simple d'utilisation en consultation courante.

Ici aussi les praticiens sont unanimes : ils sont tous ouverts à l'utilisation d'un questionnaire adapté à la problématique, à partir du moment où ce dernier reste simple, bref, et utilisable en pratique courante en consultation. Les avantages d'un questionnaire en psychiatrie seraient d'avoir des questions ciblées, afin d'explorer une symptomatologie précise. Certains médecins généralistes connaissent déjà des échelles d'étayage diagnostique, telle que l'échelle d'Hamilton pour la dépression. Ils semblent donc d'accord pour qu'on leur propose un outil destiné au repérage des symptômes prodromaux de la psychose.

« Moi ça m'intéresse bien sûr, d'autant que je ne connais rien donc un outil de repérage, facile à utiliser... Oui oui effectivement, ça peut-être une très bonne idée. »

« Il faut un questionnaire qui ne prenne pas trop de temps, il faut que ça soit rapide. »

« Ça serait génial, ça serait génial d'avoir un truc plus concis parce que c'est vrai que... moi, la difficulté que j'ai, c'est vraiment de faire la part des choses, c'est à dire est-ce que c'est juste un ressenti finalement ou si c'est quelque chose d'objectif quoi... »

« Je pense qu'il peut y avoir des supers questionnaires, des gens chez qui on a des doutes sur des pathologies un peu... limites, on pourrait peut-être, avec des questionnaires, repérer plus facilement et grâce à des questions toutes simples qu'on ne pose pas en routine. »

Discussion

Ainsi, notre étude démontre que la psychiatrie est perçue comme une spécialité cloisonnée, « austère » et « peu accessible » par les médecins généralistes interrogés, ce qui est cohérent avec les données de la littérature (24, 27, 29-34). Les praticiens évoquent le peu de communication existant entre les psychiatres et la médecine générale, tout en déplorant une accessibilité aux soins psychiatriques très difficile pour les patients (35). L'offre de soin en psychiatrie libérale semble être faible, et les structures d'accueil existantes, saturées, communiquent peu (36). Ainsi, le passage par les urgences reste malheureusement la porte d'entrée principale pour les patients (37, 38). De plus, la stigmatisation de la psychiatrie, très ancrée dans la population générale mais aussi chez les soignants, ne favorise pas l'accès aux soins (39, 40).

Notre travail souligne également que plus de la moitié des médecins généralistes interrogés rapporte une connaissance incertaine des symptômes psychotiques, ainsi que de leur épidémiologie. Ils ont peu de souvenirs de leur enseignement médical universitaire et ne semblent pas à l'aise dans leur pratique quotidienne lorsqu'il s'agit de prendre en charge les patients pouvant présenter des troubles psychotiques (41-43). Ils trouvent d'ailleurs leurs prises en charge très souvent difficiles et complexes (44). La plupart pensent que les troubles psychotiques appartiennent à des pathologies « rares » et se sentent, par conséquent, pas ou peu concernés par leur prévention ; en réalité, ils en croiseront probablement plus que certaines pathologies plus « communes » pour lesquelles ils ont été davantage sensibilisés lors de leurs cursus. On peut prendre l'exemple du cancer du col de l'utérus qui a une incidence de 3 000 cas par an, contre celle de la schizophrénie qui s'élève à 15 000 nouveaux cas par an en France (45).

Concernant l'intervention précoce en psychiatrie, cette notion reste inconnue pour l'ensemble des praticiens interrogés. Ils disent eux-mêmes n'avoir jamais entendu parler des stades prodromaux dans la psychose, ce qui est cohérent avec la littérature à ce jour (46). Ils sont cependant favorables à être formés à ce dépistage, même si pour la plupart d'entre eux, la population des adolescents et jeunes adultes représente un pourcentage minoritaire dans leur patientèle (47-49). Ainsi, afin de sensibiliser cette population et l'amener à plus facilement consulter, la voie de la scolarité et/ou des réseaux sociaux leur semblerait utile et complémentaire. Cela favoriserait le repérage et la prévention, rôles majeurs de la médecine générale (50).

Malgré les connaissances insuffisantes à l'égard des troubles psychotiques et de leur repérage précoce, le médecin généraliste garde, à l'avis général, une place centrale dans leur prise en charge (25-27). En tant que médecin de premier recours, il conserve un rôle clé dans l'accessibilité aux soins. De plus, étant donné son statut de médecin de famille, il connaît l'entourage du jeune et peut préserver un lien de confiance avec ce dernier (51). Enfin, les praticiens interrogés sont d'accord et unanimes sur le fait d'utiliser un outil d'aide au repérage précoce, à partir du moment où celui-ci est simple d'utilisation en consultation courante.

Concernant les forces de ce travail, il s'agit, à notre connaissance, de la première étude qualitative réalisée par entretiens semi-directifs auprès de médecins généralistes de cabinet en Côte d'Or, soulevant la question de l'intervention et du repérage précoce dans les psychoses du sujet jeune dans le parcours de soin des patients. Le choix de la méthode qualitative a permis aux médecins généralistes de s'exprimer ouvertement et librement, ce qui permet de refléter au mieux la réalité de la pratique. Nous avons choisi de mener notre étude sur la métropole Dijonnaise, du fait de la nécessité d'un périmètre défini pour des raisons de moyens, mais également parce qu'elle représente un territoire cohérent pour le sujet étudié. En effet, elle comporte une grande offre de soins, à la fois sur le plan de la médecine générale que sur le plan de la médecine psychiatrique, qu'elle soit ambulatoire ou hospitalière. On peut notamment souligner l'existence du CIP, centre spécialisé dans l'intervention précoce des troubles psychotiques débutants situé à Dijon (52, 53).

Concernant les faiblesses de cette étude, l'utilisation de la méthode qualitative permet de recueillir des informations précises et authentiques mais on peut lui reprocher la subjectivité de l'analyse thématique, d'où l'importance d'une lecture et analyse en binôme. Par ailleurs, les médecins interrogés auraient pu nuancer leurs réponses par crainte du jugement, ce qui constitue un biais de désirabilité sociale. Ce dernier a pu être limité par la confidentialité de l'enquête. Ensuite, par manque d'expérience dans le domaine de l'analyse qualitative et malgré la volonté de rester neutre, l'enquêteur a pu engendrer un biais d'investigation du fait de sa subjectivité. On peut également évoquer un biais de sélection : en effet, la majorité des médecins inclus dans l'enquête sont des relations professionnelles de l'enquêteur. Malgré une volonté d'homogénéiser l'échantillon et bien que les résultats soient congruents avec les données de la littérature, on ne peut négliger l'existence de ce biais.

Ainsi, cette étude révèle que, bien que les connaissances des médecins généralistes sur la psychose et ses stades précoces soient insuffisantes, ces derniers souhaitent pouvoir se former

et sont demandeurs d'outils et de communication sur le sujet. Par conséquent, ils pourront conserver leur place cruciale au centre des prises en charge, afin d'améliorer la prévention et le pronostic de leurs patients. Mais quels outils pourraient être proposés dans ce cadre et selon quelles modalités ?

Un des axes de réponse à discuter ici serait le questionnaire de routine à proposer. On peut alors évoquer le 16-items Prodromal Questionnaire (fPQ16). Le questionnaire prodromique (Prodromal Questionnaire PQ) a été développé par Loewy et al (54) en tant que mesure d'auto-évaluation (= auto-questionnaire), initialement en 92 items. Le PQ comporte quatre sous échelles :

- Symptômes positifs (par exemple, pensée inhabituelle et anomalies de perception)
- Symptômes négatifs (par exemple, isolement social)
- Symptômes de désorganisation (par exemple, comportement étrange)
- Symptômes généraux (par exemple, dépression et fonctionnement)

Bien que le PQ soit plus rapide et plus facile à administrer qu'un hétéro questionnaire, à réaliser avec un interviewer entraîné et sur un entretien planifié, sa longueur (92 items) reste conséquente et donc chronophage. Pour cette raison, une version plus courte de 16 items, le Prodromal Questionnaire-16 (55, 56) a été développée en administrant le PQ à un échantillon de 3 533 personnes cherchant de l'aide pour des problèmes de santé mentale. Le PQ-16 se compose de 9 éléments de la sous-échelle des anomalies de la perception/hallucinations, de 5 éléments de la sous-échelle du contenu de pensée inhabituel/des idées délirantes/de la paranoïa et de 2 éléments de la sous-échelle des symptômes négatifs. La version française de ce questionnaire a été récemment validée par l'équipe de MO Krebs et al en 2021 (57). Cette version rend désormais possible son utilisation de façon plus routinière, dans une temporalité et dans des lieux différents que pour la réalisation d'une CAARMS ou des autres échelles de dépistage. Comme le souligne le Dr WEISS E. dans son travail de thèse, « l'auto-questionnaire PQ-16 est simple d'utilisation, rapide et ne nécessitant pas de formation préalable, pourrait être proposé aux médecins généralistes » (58). Ainsi, il pourrait être intéressant d'élaborer un projet pour introduire cet outil auprès de nos confrères généralistes pour généraliser sa pratique.

Un autre axe de réflexion serait de se questionner « à comment amener cette population d'adolescents et de jeunes adultes à consulter ? ». Les possibilités offertes par le milieu scolaire et les réseaux sociaux ont été évoqués. Mais comment remettre le médecin généraliste,

coordonnateur des prises en charge, médecin de famille, dans la boucle ? Il pourrait être intéressant d'imaginer la mise en place de consultations obligatoires à des moments clés de l'adolescence, de la même façon qu'il existe des certificats obligatoires à 9 et 24 mois. A ce propos, l'Assurance Maladie a récemment créé une cotation pour deux consultations, la première entre 11 et 13 ans, la seconde entre 15 et 16 ans (59). Cette ou ces consultation(s) pourraient être l'occasion d'explorer, dans un temps dédié, la question des fonctions cognitives, de la scolarité et plus généralement de la santé mentale. L'intérêt en termes de santé publique de la prévention précoce des troubles psychiques n'est plus à démontrer. Il est question ici de prévenir, améliorer le pronostic et la qualité de vie des usagers concernés, missions au cœur des fonctions du médecin généraliste (50).

Enfin, la plupart des praticiens sont en demande d'une amélioration de la formation en psychiatrie, au cours de leurs études mais également durant leur pratique (60). Il serait intéressant de questionner les représentants de la Haute Autorité de Santé, des Pôles de Psychiatrie, de la Faculté de Médecine pour élaborer un plan de formations, pratique et théorique, pour accompagner les praticiens de première ligne (43). De la même façon qu'il existe des formations de premiers secours en santé mentale à destination de la population générale (61, 62), il est pertinent de réfléchir à l'élaboration d'outils compatibles avec la pratique du cabinet. A ce jour, dans le domaine de l'intervention précoce dans la psychose, notre recherche n'a retrouvé qu'un seul DPC (Développement Professionnel Continu) à destination des médecins généralistes (63) en dehors du Diplôme Universitaire du Pr Marie Odile Krebs (64).

Conclusion

Ainsi, cette étude semble montrer que l'intervention précoce dans la psychose est une notion inconnue des médecins généralistes interrogés. Ces derniers témoignent d'un sentiment de manque de compétences dans le domaine de la psychiatrie en général, secondaire notamment à des lacunes de formation et de liens avec les psychiatres. Il apparaît primordial d'améliorer la communication entre la psychiatre et la médecine générale, dans le but de faciliter l'accès aux soins. Il est essentiel de promouvoir l'information auprès des jeunes mais aussi de la population générale afin de déstigmatiser la santé mentale et de ce fait, améliorer leur prévention. La prise en charge des troubles psychotiques chez les jeunes de 15 à 25 ans représente un enjeu de santé publique majeur. Il serait donc pertinent, à la lumière de ces résultats, de replacer le médecin généraliste au centre du repérage, en proposant des formations et des outils complémentaires spécifiques à leur pratique.

UNIVERSITÉ DE BOURGOGNE

THÈSE SOUTENUE PAR Madame FORTE Olivia

CONCLUSIONS

Ainsi, cette étude semble montrer que l'intervention précoce dans la psychose est une notion inconnue des médecins généralistes interrogés. Ces derniers témoignent d'un sentiment de manque de compétences dans le domaine de la psychiatrie en général, secondaire notamment à des lacunes de formation et de liens avec les psychiatres. Il apparaît primordial d'améliorer la communication entre la psychiatre et la médecine générale, dans le but de faciliter l'accès aux soins. Il est essentiel de promouvoir l'information auprès des jeunes mais aussi de la population générale afin de déstigmatiser la santé mentale et de ce fait, améliorer leur prévention. La prise en charge des troubles psychotiques chez les jeunes de 15 à 25 ans représente un enjeu de santé publique majeur. Il serait donc pertinent, à la lumière de ces résultats, de replacer le médecin généraliste au centre du repérage, en proposant des formations et des outils complémentaires spécifiques à leur pratique.

Le Président du jury,

Pr. CHAUVET-GELINIER Jean-Christophe



Vu et permis d'imprimer
Dijon, le 14 Juin 2022
Le Doyen

Pr. M. MAYNADIÉ



Bibliographie

1. Lecardeur L. Troubles psychotiques: protocoles d'intervention précoce: Le guide du clinicien: Elsevier Health Sciences; 2019.
2. Stefan B. Troubles psychotiques: dépistage et intervention précoces. 2019.
3. Fusar-Poli P, Borgwardt S, Bechdolf A, Addington J, Riecher-Rössler A, Schultze-Lutter F, et al. The psychosis high-risk state: a comprehensive state-of-the-art review. *JAMA psychiatry*. 2013;70(1):107-20.
4. Krebs M-O. Schizophrénie Intervenir au plus tôt pour limiter la sévérité des troubles: INSERM; 2020 [Available from: <https://www.ceapsy-idf.org/inserm-dossier-schizophrénie-intervenir-au-plus-tot-pour-limiter-la-severite-des-troubles#sthash.2oQ2cnA8.dpbs>].
5. Llorca P-M. Mieux connaître la schizophrénie: John Libbey Eurotext; 2006.
6. Dollfus S. Les schizophrénies. Paris: Lavoisier-Médecine sciences; 2019. 445 p.
7. Krebs M-O. Signes précoces de schizophrénie: Dunod; 2015.
8. Yung AR, McGorry PD. The prodromal phase of first-episode psychosis: past and current conceptualizations. *Schizophrenia bulletin*. 1996;22(2):353-70.
9. Yung AR, Yung AR, Pan Yuen H, McGorry PD, Phillips LJ, Kelly D, et al. Mapping the onset of psychosis: the comprehensive assessment of at-risk mental states. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*. 2005;39(11-12):964-71.
10. McGorry PD, Hartmann JA, Spooner R, Nelson B. Beyond the "at risk mental state" concept: transitioning to transdiagnostic psychiatry. *World Psychiatry*. 2018;17(2):133-42.
11. Klosterkötter J, Ebel H, Schultze-Lutter F, Steinmeyer EM. Diagnostic validity of basic symptoms. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*. 1996;246(3):147-54.
12. Huber G, Gross G. The concept of basic symptoms in schizophrenic and schizoaffective psychoses. *Recenti progressi in medicina*. 1989;80(12):646-52.
13. 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. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*. 1998;33(8):380-6.
14. Häfner H, Löffler W, Maurer K, Hambrecht M, Heiden Wad. Depression, negative symptoms, social stagnation and social decline in the early course of schizophrenia. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 1999;100(2):105-18.
15. Schultze-Lutter F, Klosterkötter J, Ruhrmann S. Improving the clinical prediction of psychosis by combining ultra-high risk criteria and cognitive basic symptoms. *Schizophrenia research*. 2014;154(1-3):100-6.
16. Miller TJ, McGlashan TH, Woods SW, Stein K, Driesen N, Corcoran CM, et al. Symptom assessment in schizophrenic prodromal states. *Psychiatric Quarterly*. 1999;70(4):273-87.
17. Miller TJ, McGlashan TH, Rosen JL, Cadenhead K, Ventura J, McFarlane W, et al. Prodromal assessment with the structured interview for prodromal syndromes and the scale of prodromal

symptoms: predictive validity, interrater reliability, and training to reliability. *Schizophrenia bulletin*. 2003;29(4):703-15.

18. McGlashan TH, Miller TJ, Woods SW, Hoffman RE, Davidson L. Instrument for the assessment of prodromal symptoms and states. *Early intervention in psychotic disorders*: Springer; 2001. p. 135-49.

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

20. Ponin-Ballom D. Stratégies d'intervention précoce dans la schizophrénie. Mise en place d'une unité d'intervention: revue de la littérature et applications. 2020.

21. Krebs M-O, Lejuste F. Psychoses débutantes : pour une prise en charge précoce et intégrée 2017 [Available from: chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/<https://institutdepsychiatrie.org/wp-content/uploads/2020/04/brochure-psychose-d%C3%A9butante.pdf>].

22. Häfner H, Maurer K. ABC Schizophrenia study: an overview of results since 1996. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*. 2013;48(7):1021-31.

23. Oppetit A. Psychose émergente chez l'adolescent et le jeune adulte: l'accès aux soins en question. 2016.

24. de Santé HA. Coordination entre le médecin généraliste et les différents acteurs de soins dans la prise en charge des patients adultes souffrant de troubles mentaux—états des lieux, repères et outils pour une amélioration. 2019.

25. Demarcy A. Place de la médecine générale dans le repérage précoce des sujets à haut risque de schizophrénie 2018.

26. Ibrahim ET. La place du médecin généraliste dans la prévention des troubles psychotiques [Mémoire ou thèse (version d'origine)]: Université de Lille; 2020.

27. de Hauteclouque D. Collaboration entre médecins généralistes et psychiatres dans la prise en charge des patients adultes ayant des troubles psychotiques 2020.

28. Oppetit-Roger A, Bourgin J, Krebs M. Pathologies émergentes du jeune adulte et de l'adolescent: comment les sujets accèdent-ils aux soins? *European Psychiatry*. 2015;30(S2):S131-S.

29. Alleman p bu. état des lieux des correspondances entre psychiatres et médecins généralistes dans le maine-etloire et les pays de la loire [Medical Doctorate]: Unité d'Angers; 2017.

30. Viaud a-c, velly d. organisation des soins en santé mentale: insatisfaction des médecins généralistes. 2016.

31. Rouault C. Collaboration entre médecins généralistes et psychiatres publiques dans une commune de l'Isère (France) en 2015: constats et phénomènes entrant en jeu dans le développement de la collaboration sur le terrain. *Médecine humaine et pathologie*. 2016.

32. Karim S. Communication entre psychiatres et médecins généralistes pour les patients ambulatoires en Sarthe : souhaits et réalité [Diplôme d'État de docteur en médecine]: Université d'Angers; 2015.

33. Suybeng V. Étude qualitative sur la relation entre le médecin généraliste et le médecin psychiatre dans le cadre de la prise en charge de la dépression dans la métropole lilloise 2018.
34. Cohidon C, Duchet N, Cao M, Benmebarek M, Sibertin-Blanc D, Demogeot C. La non-communication entre la médecine générale et le secteur de santé mentale. Santé publique (Vandoeuvre-lès-Nancy). 1999(3):357-62.
35. MILLERET G, BENRADIA I, GUICHERD W, ROELANDT J-L. États des lieux. Recherche action nationale «Place de la santé mentale en médecine générale»: Médecine générale et psychiatrie. Information psychiatrique. 2014;90(5):311-7.
36. Hardy-Baylé M-C, Younès N. Comment améliorer la coopération entre médecins généralistes et psychiatres? L'information psychiatrique. 2014;90(5):359-71.
37. Leboyer M, Llorca P-M. Psychiatrie: l'état d'urgence: Fayard; 2018.
38. Schmitt C. Repérage précoce des psychoses débutantes en pratique courante: à partir d'une étude de 46 patients au service d'accueil des urgences de Clermont Ferrand 2017.
39. Marescaux J. Informer et former pour lutter contre la stigmatisation: les premiers secours en santé mentale. Raison présente. 2019(1):89-101.
40. Valery Kv-M. Réduction de la stigmatisation de la schizophrénie dans les pratiques en santé mentale: Université de Bordeaux; 2021.
41. Armand A, Mauchamp V. Formation à la psychiatrie des internes de médecine générale de Grenoble: expériences vécues et attentes. 2019.
42. Debaty E. Prise en charge des patients présentant des troubles psychiques : étude qualitative des pratiques et des besoins des médecins généralistes marseillais 2018.
43. Fovet T, Amad A, Geoffroy PA, Messaadi N, Thomas P. Current State of General Practitioner Training in Psychiatry and Mental Health in France. L'Information Psychiatrique. 2014;90(5):319-22.
44. Marine R. Quelle perception les médecins généralistes ont-ils de leur prise en charge des troubles mentaux ? [Medical DoctorateRaphenon Marine]: Faculté de médecin de Poitiers; 2017.
45. [Available from: <https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/cancers/cancer-du-col-de-l-uterus>.
46. Le Galudec M, Sauder C, Stephan F, Robin G, Walter M. Acute and transient psychotic disorder at the onset of schizophrenia. Soins Psychiatrie. 2014(291):16-20.
47. Boulestreau-Grasset H. Le point de vue des adolescents sur leur relation avec le médecin généraliste: UNIVERSITE DE NANTES; 2009.
48. Binder P, Heintz A-L, Tudrej B, Haller DM, Vanderkam P. L'approche des adolescents en médecine générale Première partie. L'adolescent, cet inconnu. Exercer. 2018;141:122-32.
49. Binder P, Heintz A-L, Tudrej B, Haller DM, Vanderkam P. L'approche des adolescents en médecine générale. Deuxième partie. Evaluer, accompagner. Exercer. 2018;142:169-81.
50. Simonneau L. États mentaux à risque de transition psychotique: revue de la littérature en France et à l'étranger 2020.

51. BERTRAND A, BEDU C. Quelle est la place du medecin generaliste dans le suivi de l'adolescent?
52. Martin J. Mise en place d'un centre d'intervention précoce dédié à la prise en soins des troubles psychotiques débutants. L'information psychiatrique. 2017;93(10):865-70.
53. Martin J. Plaquette de présentation du Centre d'Intervention Précoce CIP: CHS La Chartreuse; [Available from: https://www.ch-lachartreuse-dijon-cotedor.fr/wp-content/uploads/2020/08/Guide_CIP_2020.pdf].
54. Loewy RL, Bearden CE, Johnson JK, Raine A, Cannon TD. The prodromal questionnaire (PQ): preliminary validation of a self-report screening measure for prodromal and psychotic syndromes. Schizophrenia research. 2005;79(1):117-25.
55. Howie C, Hanna D, Shannon C, Davidson G, Mulholland C. The Structure of the Prodromal Questionnaire-16 (PQ-16): Exploratory and confirmatory factor analyses in a general non-help-seeking population sample. Early Intervention in Psychiatry. 2022;16(3):239-46.
56. Ising HK, Veling W, Loewy RL, Rietveld MW, Rietdijk J, Dragt S, et al. The validity of the 16-item version of the Prodromal Questionnaire (PQ-16) to screen for ultra high risk of developing psychosis in the general help-seeking population. Schizophrenia bulletin. 2012;38(6):1288-96.
57. Lejuste F, Pedron L, Bonnard E, Urban M, Morvan Y, Urban S, et al. Validation d'une version française du 16-items Prodromal Questionnaire (fPQ16) chez des adolescents et jeunes adultes consultant en psychiatrie. L'Encéphale. 2021;47(6):547-53.
58. WEISS E. Les outils de repérage des troubles psychotiques émergents : quelle place pour l'utilisation en médecine générale ? [Medical]: UNIVERSITÉ DE LILLE FACULTE DE MÉDECINE HENRI WAREMBOURG; 2020.
59. Les examens de suivi médical de l'enfant et de l'adolescent 2021 [Available from: <https://www.ameli.fr/medecin/sante-prevention/enfants-et-adolescents/examens-de-suivi-medical-de-l-enfant-et-de-l-adolescent>].
60. Bez C, Lepetit A, editors. Formation à la psychiatrie des internes de médecine générale en France: résultats d'une enquête nationale. Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique; 2018: Elsevier.
61. Marescaux J. Présentation du programme de formation aux premiers secours en santé mentale (PSSM). Pratiques en sante mentale. 2020;66(2):46-9.
62. Fritsch P. Les Premiers Secours en Santé Mentale dans la feuille de route Santé Mentale et Psychiatrie. Pratiques en sante mentale. 2020;66(2):52-4.
63. Détection et intervention précoce des psychoses émergentes chez l'enfant et l'adolescent: Agence Nationale du DPC; [Available from: <https://www.eduprat.fr/formation/2022-06-09-090000-2022-06-09/detection-et-intervention-precoce-des-psychoses-emergentes>].
64. Krebs M-O. DU Détection et interventions précoces des pathologies psychiatriques émergentes du jeune adulte et de l'adolescent (DIPPEJAAD): Université de Paris; [Available from: https://odf.u-paris.fr/fr/offre-de-formation/diplome-d-universite-du-diu-1/sciences-technologies-sante-STs/du-detection-et-intervention-precoces-des-pathologies-psychiatriques-emergentes-du-jeune-adulte-et-de-l-adolescent-dippejaad-XUF7_131.html].

Annexes

Annexe 1 : Guide d'entretien

Thèmes	Questions, sous thèmes	Relances, exemples
Connaissances des troubles psychotiques	Perception et définition ?	Quelle image/représentation ?
Connaissances sur la notion d'intervention précoce/ repérage précoce	- Qu'est-ce que cela évoque pour vous ? - Pour quels objectifs ?	- Point d'information - Mise en contexte
Expérience au cabinet	- Avez-vous déjà été confronté à cette problématique ? - Quelle prise en charge ?	- Exemples de patients ? - A l'aise ? Difficultés ? - Quels retours ?
Devenir et orientation de ces patients	- Liens avec psychiatres libéraux ou structures ? - Urgences ? - Quelle communication ?	- Comment l'aborder avec le patient ? - A l'aise ? Gêne ? Craintes ?
Place du médecin généraliste dans ce repérage	- Avis ? - Quel rôle dans ce repérage ?	
Formation des médecins généralistes à ce repérage	- Avis/Intérêts ? - Sous quelle forme ? - Quels objectifs ? - Freins ?	- Suffisantes ? - Pendant l'internat, externat ? - FMC ?
Connaissance d'un outil d'aide au diagnostic	- Aide au repérage ? - Utile ? - Freins ?	Sous quelle forme ?
Relation entre le médecin généraliste et les adolescents/adultes jeunes	- Fréquence de consultation de cette population ? - A l'aise pour parler de santé mentale avec eux ?	- Comment aborder la maladie et l'adressage à un confrère psychiatre ? - Intérêt de destigmatiser les troubles psychotiques ?

Annexe 2 : Prodromal Questionnaire PQ16

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

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

Si vous avez répondu vrai à certaines propositions, ces symptômes sont-ils :

- Sans relation avec une consommation de substances
 En relation avec une consommation de substance et aussi à d'autres moments
 Observés uniquement lors d'une consommation de substances

Avez-vous déjà ressenti des idées noires et/ou suicidaires ?

- Oui
 Non

Si vous avez ressenti des idées noires et/ou suicidaires ces derniers mois, pensez-vous qu'elles soient en lien avec les symptômes décrits dans ce questionnaire ?

- Oui
 Non

Si oui, quels symptômes (donner les propositions correspondantes entre 1 et 16) ?

Pour chacun de ces symptômes, à quel point sont-ils en lien avec vos idées noires et/ou suicidaires selon vous (0=absence de lien 10=lien le plus intense et le plus direct)

Note :/10

Helga K. Ising, Wim Velting, Rachel L. Loewy, Marleen W. Ribbeeld, Judith Ribdijk, Sara Dragt, Kiarra M. C. Klaassen, Dorien H. Nieman, Lex Wunderink, Don H. Linszen, Mark van der Gaag, The Validity of the 16-Item Version of the Prodromal Questionnaire (PQ-16) to Screen for Ultra High Risk of Developing Psychosis In the General Help-Seeking Population, Schizophrenia Bulletin, Volume 38, Issue 6, November 2012, Pages 1288-1296.

TITRE DE LA THESE : ROLE DU MEDECIN GENERALISTE DANS LE REPERAGE PRECOCE DES PSYCHOSES CHEZ L'ADOLESCENT ET LE JEUNE ADULTE : UNE ETUDE QUALITATIVE AUPRES DE PRATICIENS DE COTE D'OR

AUTEUR : MME FORTE OLIVIA

RESUME :

Introduction

Les troubles psychotiques représentent un enjeu majeur de santé publique, en particulier parmi la population des adolescents et jeunes adultes. De nombreuses études ont démontré l'intérêt de les repérer à un stade précoce afin d'améliorer le pronostic de la maladie. L'objectif de cette étude était de questionner la place du médecin généraliste dans le repérage précoce des troubles psychotiques.

Matériel et méthodes

Il s'agit d'une étude qualitative par entretiens semi-directifs d'un échantillon de douze médecins généralistes de Côte d'Or, portant sur leurs connaissances et leur vécu concernant la prise en charge de jeunes adultes âgées de 15 à 25 ans présentant des troubles psychotiques débutants.

Résultats

Les praticiens interrogés ressentent un manque de compétence dans le domaine de la psychiatrie, qui reste pour eux une spécialité peu accessible. Leurs connaissances concernant les troubles psychotiques sont floues et la notion d'intervention précoce dans la psychose leur est inconnue. Or, le médecin généraliste garde une place centrale dans les soins, par son accessibilité, son statut de médecin de famille et son rôle majeur dans la prévention. Les praticiens interrogés sont enclins à être formés à ce repérage et à utiliser un outil d'aide pour mieux orienter les patients atteints de troubles psychotiques.

Conclusion

Les médecins généralistes ne sont pas formés au repérage précoce dans la psychose. Il serait pertinent de mieux communiquer à ce sujet et de renforcer les liens entre la psychiatrie et la médecine de ville afin d'améliorer la promotion, la prévention ainsi que la coordination des soins en santé mentale.

MOTS-CLES : Intervention précoce, Troubles Psychotiques, Adolescents et jeunes adultes, Médecine Générale, Prévention