

# Prise en charge précoce des premiers épisodes psychotiques en France : cartographie des programmes spécialisés en 2017

Guy Gozlan<sup>1</sup>  
Sophie Meunier-Cussac<sup>2</sup>  
Laurent Lecardeur<sup>2</sup>  
Anne Duburcq<sup>3</sup>  
Laurène Courouve<sup>3</sup>

<sup>1</sup> Directeur Samsah Prepsy, 14 rue de la Fontaine à Mulard, 75013, Paris, France

<sup>2</sup> EMSI (Équipe mobile de soins intensifs pour jeunes adultes), CHU de Caen, Caen, France

<sup>3</sup> CEMKA, Bourg-la-Reine, France

Rubrique coordonnée par J. Oureib, S. Parizot et Ph. Conus

**Résumé.** L'objectif de cette étude était de dresser un état des lieux des structures de prise en charge précoce des troubles psychotiques en France en 2017 et de décrire leur fonctionnement. À l'issue d'une approche exploratoire d'identification, 174 professionnels se sont vu adresser un questionnaire en ligne. Parmi les répondants, 18 structures spécialisées dans la prise en charge précoce des troubles psychotiques étaient fonctionnelles, 8 étaient en cours de création et 11 en projet. Les initiatives fonctionnelles, constituées en moyenne de 4,3 ETP, étaient pluridisciplinaires et organisées sur le modèle du *case management*, avec des interventions au domicile pour la majorité d'entre elles. Même si ces structures se décrivaient comme spécialisées dans l'intervention précoce, plusieurs prenaient en charge des patients atteints de pathologies chroniques.

**Mots clés :** psychose émergente, schizophrénie débutante, *case management*, adolescents, jeunes adultes

**Abstract.** **Early intervention in first psychotic episodes in France: mapping of specialized programs in 2017.** The aim of this study was to draw up an inventory of structures for the early management of psychotic disorders in France in 2017 and describe their functioning. Following an exploratory identification approach, 174 professionals were sent an online questionnaire. Among the respondents, 18 structures specialized in the early management of psychotic disorders were functional, 8 were in the process of being created and 11 were planned. Functional initiatives, averaging 4.3 FTEs, were multidisciplinary and organized on the model of case management, with intervention at home for the majority of them. Although these structures described themselves as being specialized in early intervention, many supported patients with chronic conditions.

**Key words:** emerging psychosis, first psychotic episode, case management, adolescence, young adult

**Resumen.** **Composición de lugar de la atención precoz en los primeros episodios psicóticos en Francia: cartografía de los programas especializados en 2017.** El objetivo de este estudio era levantar una composición de lugar de las estructuras de atención precoz de los trastornos psicóticos en Francia en 2017 y describir su funcionamiento. Tras un enfoque exploratorio de identificación, 174 profesionales recibieron un cuestionario en línea. Entre quienes contestaron, 18 estructuras especializadas en la atención precoz de los trastornos psicóticos eran funcionales, 8 estaban en curso de creación y 11 en proyecto. Las iniciativas funcionales, constituidas en un promedio de 4,3 ETC, eran pluridisciplinarias y organizadas según el modelo del *case management*, con intervenciones a domicilio para varias de ellas. Si bien estas estructuras se describían como especializadas en la intervención precoz, unas cuantas atendían a los pacientes con patologías crónicas.

**Palabras claves:** psicosis emergente, esquizofrenia incipiente, *case management*, adolescentes, jóvenes adultos

## Introduction

En accord avec les recommandations internationales [1] qui préconisent une prise en charge spécialisée pour les personnes qui voient apparaître des premiers symptômes psychotiques, de nombreux programmes de

soins ont été développés à travers le monde. Généralement, ils reposent sur une détection précoce (premier épisode psychotique ou sujet à haut risque de transition vers la psychose) afin de diminuer la durée de psychose non traitée [2] et une prise en charge intensive, pluridisciplinaire et ambulatoire dans les 2 ans qui suivent le premier épisode psychotique (encore nommée période critique [1]), ceci afin de diminuer ses conséquences fonctionnelles et le risque de chronicisation des troubles [3].

**Correspondance :** G. Gozlan  
<prepsy@prepsy.fr>

Dans ce contexte, la France est décrite comme retardataire dans un récent rapport de la London School of Economics [4] étudiant le développement de ces programmes. Cette étude, qui identifie le programme Prépsy, repose uniquement sur l'analyse des articles publiés par les équipes dans des revues scientifiques référencées. Elle ne mentionne donc pas les équipes françaises fonctionnelles qui n'ont pas publié leurs résultats. Quoi qu'il en soit, si de telles initiatives existent, elles sont mal identifiées au sein même du territoire national [5].

Dans ce contexte, l'objectif principal de cette étude était de dresser un état des lieux le plus exhaustif possible des structures de prise en charge précoce des troubles psychotiques existantes ou en projet en France en 2017, et de décrire leur fonctionnement.

## Méthode

Cet état des lieux a privilégié une approche méthodologique au plus près du « terrain » en multipliant les contacts sur l'ensemble du territoire français (outre-mer compris), auprès de médecins ou structures susceptibles d'offrir une prise en charge précoce des troubles psychotiques. Cette approche a combiné une première phase de définition du périmètre de l'étude et de construction du questionnaire de l'enquête, puis une seconde phase d'identification et de recensement des structures existantes suivie d'une dernière phase de description des structures identifiées.

### Définition du périmètre de l'étude

Une intervention précoce pour des personnes présentant un premier épisode psychotique comporte souvent deux familles d'actions fournies par le même service :

- le dépistage précoce pendant la phase prodromique (période d'une maladie pendant laquelle un ensemble de symptômes avant-coureurs, généralement bénins, annoncent la survenue de la phase principale de cette maladie) ;

- la prise en charge précoce afin d'intervenir dès le premier épisode de psychose identifiable, visant à réduire la durée de psychose non traitée ; réduisant ainsi potentiellement la gravité et l'impact de la maladie et de ses comorbidités et améliorant le pronostic à long terme.

Ce type d'intervention nécessite le développement d'actions spécifiquement adaptées à cette phase précoce. Il est en effet primordial de travailler intensément à l'engagement dans les soins, d'adapter les traitements, de délivrer une information adéquate sur la pathologie à l'aide d'outils adaptés, de proposer des approches ambitieuses, mêlant optimisme, autodétermination (*empowerment*) et réalisme en visant le retour rapide à l'emploi, l'accès au logement autonome et le rétablissement.

C'est pourquoi, ces programmes spécialisés dans la détection précoce doivent pouvoir s'appuyer sur des équipes dont l'objectif est de faciliter l'engagement des patients, de les fidéliser et de répondre à leurs besoins exprimés et non-exprimés.

Afin d'identifier les initiatives relevant effectivement de l'intervention précoce des premiers épisodes psychotiques (PEP) et des patients à haut risque de transition psychotique, les consultations spécialisées recherchées ont été définies comme des programmes centrés autour d'une prise en charge :

- pluridisciplinaire (psychiatres, psychologues, infirmiers, travailleurs sociaux, *case managers*...) ;
- intensive (suivi intensif pendant une période d'au moins 2 ans [6]) ;
- précoce (réactivité pour diminuer la durée de psychose non traitée) ;
- basée sur au moins 0,5 ETP (équivalent temps plein), tous professionnels confondus, dédié à cette activité ;
- et le plus souvent ambulatoire (dans le milieu de vie de l'individu, en dehors de l'hôpital) (critère secondaire retenu dans notre état des lieux).

### Phase d'identification et de recensement des structures existantes

L'approche méthodologique qui a été privilégiée pour cet état des lieux était une approche exploratoire, car il s'agissait d'identifier, sur le terrain, les différents types de professionnels de santé susceptibles de réaliser une prise en charge précoce des troubles psychotiques ou de connaître ce type de prise en charge. Pour cela, et afin d'être le plus exhaustif possible, de nombreux contacts ont été établis sur tout le territoire français (DOM-TOM compris) auprès de professionnels de santé et de structures diversifiés. Dans un premier temps, un échantillon de psychiatres hospitaliers, quel que soit leur lieu d'exercice (CHU, CH et cliniques privées) a été sollicité.

L'échantillon de psychiatres hospitaliers sollicités a été un échantillon par réseaux, dit « boule de neige » [7], constitué à partir d'un petit nombre de psychiatres répondant à des caractéristiques définies. Par la suite d'autres professionnels ou structures ont été ajoutés à partir de recommandations faites par les premiers contacts et ont été contactées à leur tour.

Cet échantillon a été complété par d'autres professionnels de santé susceptibles de connaître des structures spécialisées dans la prise en charge précoce des troubles psychotiques.

Il s'agissait de structures susceptibles d'intervenir en amont de la prise en charge (maisons des adolescents [MDA], bureaux d'aide psychologique universitaire [BAPU] et services interuniversitaires de médecine préventive et de promotion de la santé [Siumpps]), d'institutions (agences régionales de santé [ARS]), d'organismes « ressources » dans le domaine du

handicap psychique (CReHPsy) et d'organismes philanthropiques (Fondation de France).

Pour finir, l'ensemble des anciens élèves du diplôme universitaire (DU) « Détection et intervention précoces des pathologies psychiatriques du jeune adulte et de l'adolescent » (DIPPEJAAD) Paris V et SHU Sainte-Anne des deux dernières promotions (2015 et 2016) ont également été contactés, ayant intégrés possiblement, pour certains d'entre eux, depuis leur diplôme, une consultation dédiée.

Ainsi, un total de 174 structures/professionnels différents ont été sollicités dans le cadre de ce recensement dont 82 psychiatres hospitaliers, 38 responsables de MDA, 10 représentants d'ARS, et 41 anciens élèves du DU.

Le *tableau 1* répertorie l'ensemble des professionnels de santé et structures sollicités pour réaliser cet état des lieux.

En raison de leur diversité, les structures et projets recensés ont été nommés « initiatives » dans ce document.

## Description et analyses

### Enquête par questionnaire en ligne

Un lien vers un questionnaire en ligne, actif de mars à juillet 2017, a été envoyé à tous les professionnels préalablement identifiés lors de la phase de recensement.

Le questionnaire destiné aux structures identifiées a été structuré en 4 parties en fonction du niveau d'avancement de l'initiative à la date de réponse. Les professionnels interrogés avaient à classer leur structure parmi 4 cas de figures : l'activité d'intervention précoce est fonctionnelle, le projet est en cours de création, le projet est en cours de réflexion/discussion ou il n'existe pas de projet de ce type.

Pour les initiatives fonctionnelles et en cours de création, le questionnaire permettait ensuite aux professionnels de décrire leur activité : type de structure, équipe dédiée, financement, bassin de population couvert, population ciblée par le programme, activité en 2016, partenaires de l'initiative, difficultés rencontrées et perspectives.

Pour les initiatives en réflexion, les professionnels devaient décrire succinctement leur projet.

Afin d'augmenter le taux de réponse à l'enquête, des relances ont été réalisées pour les centres qui n'avaient pas répondu dans le temps imparti (relances par courrier électronique et relances téléphoniques).

### Analyses statistiques

Les analyses statistiques ont été réalisées avec le logiciel SAS 9.3. Une analyse descriptive a été réalisée et a décrit l'ensemble des items du questionnaire.

L'effectif et la fréquence de chaque modalité sont décrits pour les variables qualitatives et ordinales. Pour les variables quantitatives, le nombre de réponses, la moyenne, l'écart type, le minimum, le maximum, la

médiane sur l'ensemble des données renseignées sont présentées. Quand les résultats portent sur de petits effectifs, a été privilégié soit la médiane, soit l'effectif brut de répondants. Les résultats sont présentés selon le niveau d'avancement de l'initiative/structure : initiative fonctionnelle, en cours de création, en réflexion.

## Résultats

### Résultats du recensement

Au total, 174 structures ou professionnels de santé différents ont été sollicités lors de la phase de recensement, permettant d'identifier 123 médecins et/ou directeurs d'établissements susceptibles d'offrir une prise en charge précoce des troubles psychotiques.

Sur ces 123 professionnels, 58 ont répondu à l'enquête en ligne, soit un taux de réponse de 47,2 %. Vingt et un répondants mentionnaient l'absence de structures spécialisées dans la prise en charge précoce des troubles psychotiques sur leur centre. Les 37 autres répondaient positivement et parmi eux 18 se déclaraient structures spécialisées fonctionnelles dans la prise en charge précoce des troubles psychotiques, 8 en cours de création et 11 en projet (avec un niveau de réflexion variable selon les centres), *figure 1*.

### Principales caractéristiques des structures fonctionnelles

#### Type de structure

Dix-huit initiatives fonctionnelles ont été recensées sur le territoire français, dont 7 sont situées en Île-de-France. Hormis un programme, créé en 2003, précurseur de ce type de prise en charge en France, tous les autres ont été conçus bien plus récemment (9 entre 2014 et 2016 et 8 entre 2008 et 2013), *figure 2*.

Les initiatives fonctionnelles recensées disposaient en moyenne d'un total de 4,3 ETP (écart-type : 3,5), allant de 0,5 à 15 ETP selon les structures.

Les répondants avaient à décrire le type de structure dans laquelle s'inscrivait la prise en charge dédiée à l'émergence des troubles psychotiques. Plusieurs réponses étaient possibles.

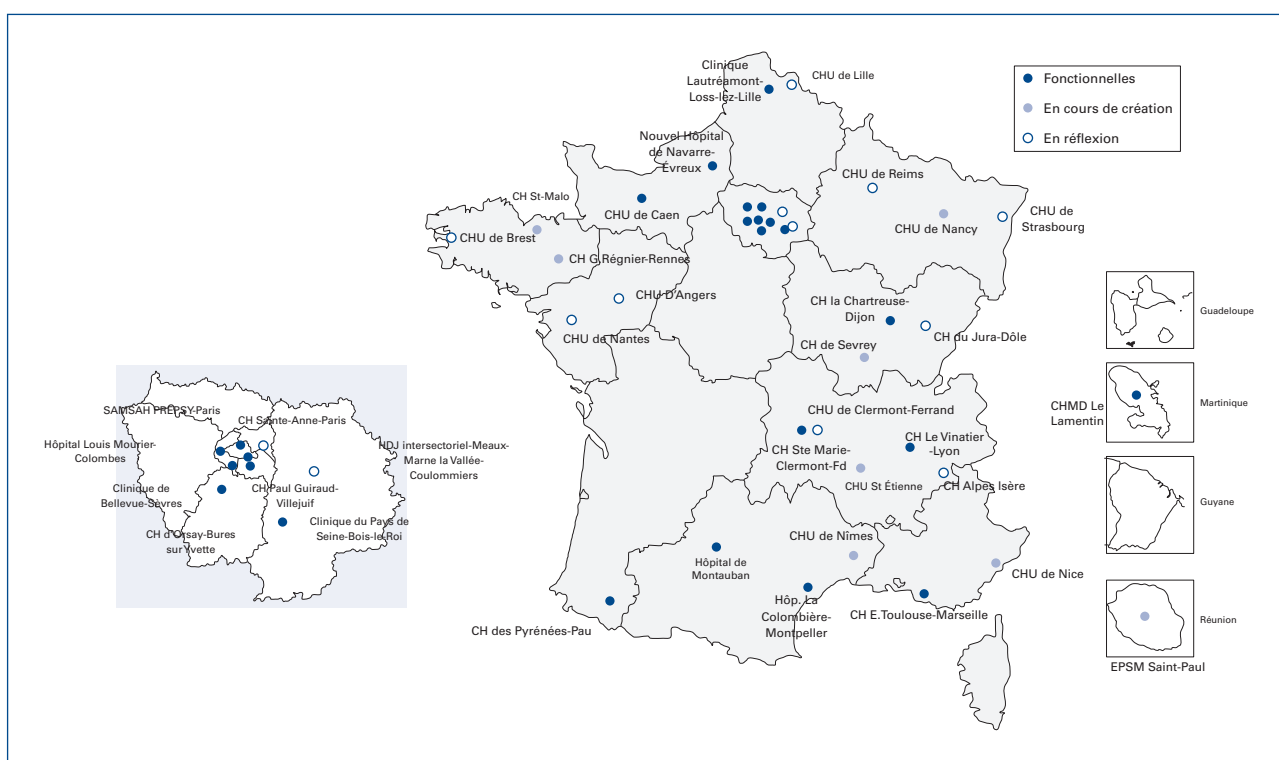
Les deux tiers des initiatives (12/18) étaient des unités fonctionnelles de centres hospitaliers et/ou des équipes mobiles, seules ou en association avec d'autres types de structure. Trois initiatives associaient plusieurs types de structure : unité fonctionnelle-équipe mobile-consultation (2/3) et unité fonctionnelle-hôpital de jour (1/3), *figure 3*.

Deux tiers des initiatives fonctionnelles organisaient leur activité autour d'un *case-manager* (12/18) [8]. Parmi les 6 initiatives ne disposant pas d'un *case-manager*, 5 souhaiteraient appuyer leur activité sur ce modèle de prise en charge et autant auraient besoin d'une formation en *case-management*

**Tableau 1.** Professionnels de santé et structures sollicités lors du recensement.

Professionnels de santé et structures sollicités	Nombre
Psychiatres hospitaliers (CHU, CH, cliniques privées)	82
Agences régionales de santé (ARS) – Direction de l’offre sanitaire (DOS)	10
BAPU, SIUMPSS, MDA	38
Anciens élèves du diplôme universitaire DIPPEJAAD	41
CRHPsy	2
Fonds individualisé et programmes promotion de la santé et accompagnement des maladies à la Fondation de France (financier de projets innovants)	1

BAPU : Bureaux d’aide psychologique universitaire. Siumpss : Services interuniversitaires de médecine préventive et de promotion de la santé. MDA : Maisons des adolescents. CRHPsy : Centres ressources handicap psychique.



**Figure 1.** Cartographie des programmes spécialisés dans la prise en charge précoce des troubles psychotiques (recensées entre le 01/03/2017 et le 17/07/2017).

La majorité des structures étaient intersectorielles (15/18) avec un bassin de population couvert très variable selon les régions, allant de 90 000 à 2 230 000 habitants (région parisienne). La moitié des structures couvraient une zone d’au moins 300 000 habitants.

#### Financement

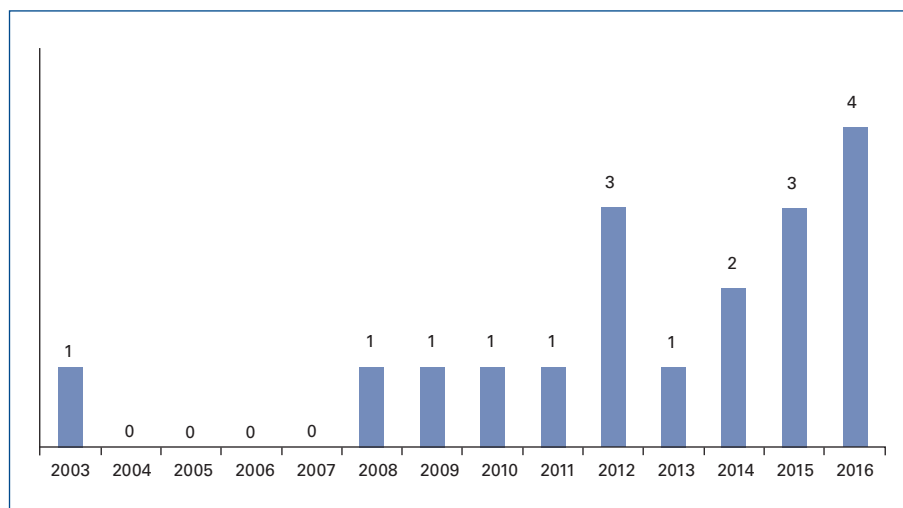
Plus de 60 % (11/18) des structures fonctionnaient à moyens constants, sans financement dédié, 4 disposaient d’un financement dédié total et 1 d’un financement dédié partiel. Trois structures bénéficiaient d’autres types de financements : un crédit de

recherche et deux financements provenant de structures privées.

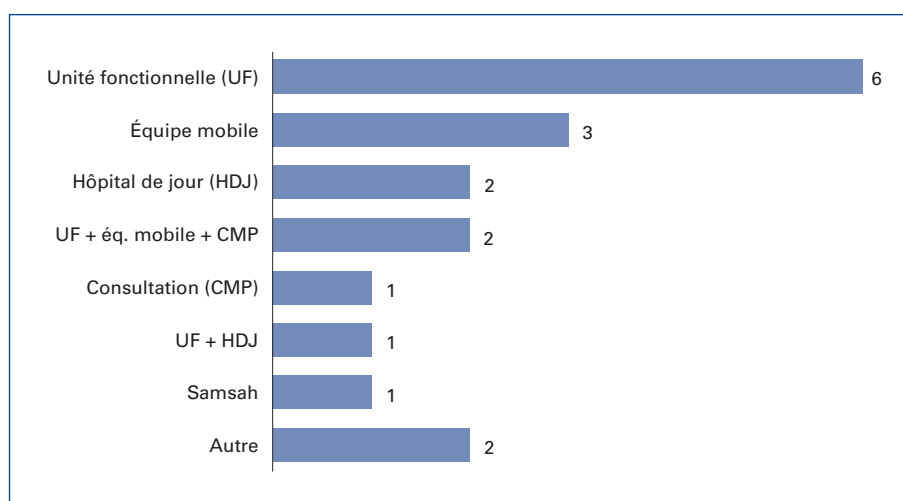
#### Population prise en charge

Les initiatives recensées ciblaient les adolescents et jeunes adultes entre 15 et 35 ans. Les tranches d’âge les plus fréquentes ciblées par ces services étaient 15-25 ans (5/18) et 18-25 ans (3/18).

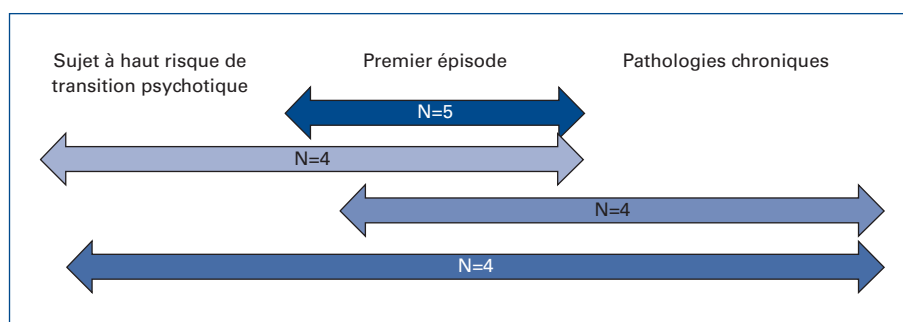
Toutes les initiatives intervenaient lors du PEP mais seules 5 équipes prenaient en charge uniquement ce stade (figure 4). Huit intervenaient en amont de cette phase, auprès des sujets à haut risque de transition et 8 intervenaient au-delà, auprès des jeunes ayant



**Figure 2.** Année de démarrage des programmes spécialisés dans la prise en charge précoce des troubles psychotiques.



**Figure 3.** Statut des programmes spécialisés dans la prise en charge précoce des troubles psychotiques. Samsah : Service d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés.



**Figure 4.** Population prise en charge par les initiatives (non précisé = 1).

développé une pathologie chronique. Quatre structures prenaient en charge les 3 stades.

### Composition des équipes

Dix-sept structures ont renseigné la composition de leur équipe (tableau 2). Toutes disposaient d'au moins

un psychiatre et d'un infirmier. Les psychiatres et infirmiers étaient respectivement au nombre de 1,8 et 3,5 en moyenne dans l'équipe pour un temps dédié moyen de 0,8 et 1,8 ETP. Un psychologue était également présent dans la quasi-totalité des équipes (16/17) avec un temps dédié moyen de 0,7 ETP. Les autres professionnels

**Tableau 2.** Composition des équipes et temps dédié à la prise en charge précoce (non précisé = 1).

N = 17	Au moins un professionnel dédié	Nombre de professionnels dédiés		Temps dédié (ETP)	
		Moyenne	Médiane / Min / Max	Moyenne	Médiane
Composition de l'équipe	%				
Infirmier	17 (100 %)	3,5	3 / 1 / 10	1,8	2
Psychiatre	17 (100 %)	1,8	1 / 1 / 5	0,8	0,5
Psychologue	16 (94,1 %)	1,5	1 / 0 / 6	0,7	0,6
Interne	7 (41,2 %)	0,5	0 / 0 / 2	0,2	0
Éducateur spécialisé	6 (35,3 %)	0,5	0 / 0 / 2	0,2	0
Ergothérapeute	4 (23,5 %)	0,3	0 / 0 / 2	0,1	0
Assistant de service social	9 (52,9 %)	0,6	1 / 0 / 2	0,1	0,1
Aide-soignant	4 (23,5 %)	0,6	1 / 0 / 4	0,1	0
Secrétaire	11 (64,7 %)	0,9	1 / 0 / 3	0,1	0,1

(éducateur spécialisé, aide-soignant, ergothérapeute...) étaient peu présents et leur temps dédié est très faible (0,1 à 0,2 ETP en moyenne).

#### Lieu principal de prise en charge et durée d'intervention après un PEP

Les lieux de prise en charge étaient variés mais la majorité privilégiait un lieu en-dehors du cadre hospitalier classique. Ainsi la prise en charge avait lieu (renseignée pour 15 programmes) principalement dans les locaux de l'hôpital de jour pour 4 initiatives, au sein du centre hospitalier (mais dans la partie ambulatoire) pour 4 autres, au sein du CMP pour 3 autres, au domicile pour 3 autres et en consultations externes pour la dernière.

La durée moyenne d'intervention après un PEP était de 38 mois (soit 3 ans). Pour la moitié des initiatives, la durée était de deux ans (médiane) et cinq initiatives intervenaient jusqu'à 48 mois et plus (plus de 4 ans) après le PEP.

#### Activité en 2016

Il était demandé aux équipes de renseigner leur file active de patients en 2016 au titre de cette spécialité. À noter que pour certaines, cette information n'était pas disponible en raison d'autres activités afférentes (autres pathologies ciblées par la structure) ou d'un manque de recul pour les structures les plus récentes.

La file active moyenne, en 2016, était de 42 patients, variant de 10 à 80 patients selon les centres (médiane : 37) (tableau 3). Au total, cela représentait 588 patients pris en charge par ces 14 équipes, dont 61,7 % qui bénéficiaient d'une prise en charge organisée autour d'un *case manager*.

Pour les structures disposant d'un *case manager*, le nombre médian de patients pris en charge par celui-ci était de 8, variant de 4 à 22 patients selon les centres.

Le nombre de demandes de prise en charge pour l'année 2016 était estimé à 60 demandes en moyenne (médiane : 31), allant jusqu'à 160 demandes pour un même centre. Ces demandes ne sont pas toutes honorées puisque le nombre de patients réellement pris en charge était inférieur : 25 en moyenne (médiane : 20) (55 patients maximum).

Quel que soit le nombre de patients pris en charge, toutes les initiatives ont décrit leur activité comme étant en augmentation constante.

#### Professionnels qui orientent vers la structure

Une grande diversité de professionnels de santé a orienté les patients vers la consultation spécialisée d'intervention précoce. Il s'agissait en premier lieu des professionnels de santé libéraux (31,5 % des orientations dont 13,7 % des orientations réalisées par les psychiatres libéraux, 11,5 % par les médecins généralistes et 5,8 % par les psychologues libéraux), puis des professionnels hospitaliers (26,5 % des orientations faites par les professionnels des autres services et les psychiatres des autres secteurs), puis par les associations d'usagers (12,7 %) et des familles (7,2 %).

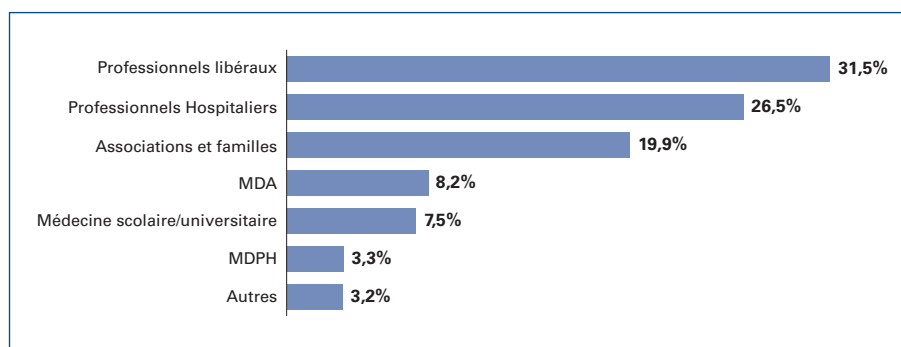
Une faible proportion de patients a été orientée par les services de médecine scolaire ou universitaire (7,5 %), par les maisons des adolescents (8,2 %) et par d'autres professionnels (Maison département des personnes handicapées [MDPH], organismes sociaux, missions locales...) (6,5%), figure 5.

#### Difficultés rencontrées par les équipes et perspectives

Les équipes interrogées ont déclaré avoir rencontré des difficultés dans la mise en place et la pérennisation de cette activité dédiée. Elles ont évoqué plusieurs types de difficultés telles qu'une insuffisance en ressources humaines et matérielles du fait de moyens financiers contraints.

**Tableau 3.** Activité dédiée à la prise en charge précoce des troubles psychotiques en 2016.

En 2016	File active	Nombre de demandes de prise en charge	Nombre de nouveaux patients pris en charge
Effectif de répondants	14/18	12/18	13/18
Moyenne (écart-type)	42,0 (23,0)	60,0 (54,0)	25,0 (15,0)
Médiane / Min / Max	37 / 10 / 80	31 / 16 / 160	20 / 10 / 55

**Figure 5.** Les professionnels qui orientent les patients vers une équipe spécialisée dans la prise en charge précoce.

Elles ont évoqué des réticences à l'adressage de patients de la part de collègues d'autres secteurs qui remettaient en cause la pertinence d'une prise en charge précoce spécifique mais également des problèmes de lisibilité et de compréhension de l'activité de la part des partenaires extérieurs qui aboutissent à des demandes inadaptées, ou à de mauvaises orientations.

Pour finir, elles ont déploré l'absence d'une réelle communication entre les différents promoteurs de ces initiatives, certainement par un manque d'harmonisation des pratiques en l'absence de recommandations nationales.

Malgré les difficultés citées, toutes les équipes s'accordent sur la diffusion de ce type de prise en charge par une augmentation significative du temps dédié à cette activité (notamment le temps infirmier de coordination), par le développement de la formation des professionnels de santé, par l'harmonisation d'outils spécifiques de prise en charge, par un meilleur repérage des troubles psychotiques par les professionnels de santé de premiers recours.

### Description des initiatives en cours de création

Entre mars et juillet 2017, 8 projets de prise en charge précoce des troubles psychotiques recensés étaient en cours de création. Pour sept d'entre eux, l'ouverture était prévue avant la fin de l'année 2017 et pour la huitième, en 2018.

L'activité dédiée à la prise en charge précoce des troubles psychotiques représentera au moins ½ ETP pour toutes les initiatives, avec en moyenne 3,6 ETP (médiane : 3,2). Cette activité de prise en charge précoce

des troubles psychotiques sera organisée autour d'un *case manager* dans 6 cas sur 8.

Sur les 8 projets, 6 seront des équipes mobiles, 5 des unités fonctionnelles (UF), 4 des consultations et 2 des hôpitaux de jour (HDJ). Mais les structures pourront être multiformes réunissant différents statuts. Sept structures sur 8 seront intersectorielles.

Sur les 8 initiatives, 3 avaient obtenu un financement dédié partiel et les 5 autres initiatives seront financées à moyens constants.

Les initiatives en cours de création prendront en charge les mêmes tranches d'âge que les initiatives fonctionnelles, soit les adolescents et jeunes adultes. Toutes interviendront lors du premier épisode psychotique. Trois interviendront également auprès des sujets à haut risque de transition. Aucune ne prévoit de continuer la prise en charge une fois la chronicité établie.

Le lieu principal de prise en charge différerait selon les projets : 3 interviendront dans le cadre d'un hôpital de jour, 2 au sein d'une CMP, 2 au sein d'une maison des adolescents. Tous favoriseront un environnement extra-hospitalier. La majorité des projets souhaitait intervenir jusqu'à 24 mois après un premier épisode psychotique (6/8).

### Description des initiatives en réflexion

À la date de clôture de l'enquête, une réflexion était entamée pour la mise en place d'un programme de prise en charge précoce des troubles psychotiques au sein de 11 centres (dont 2 dans la région Grand Est, 2 en Île-de-France...).

Le niveau de réflexion était plus ou moins avancé selon les centres. Dans certains cas, le projet commen-

çait tout juste à être discuté, les psychiatres se disaient intéressés par ces questions et avaient pour projet de se réunir prochainement, alors que dans d'autres, la réflexion était beaucoup plus avancée, avec des modalités de prise en charge déjà bien définies. Dans certains centres, le volet « diagnostic précoce » était déjà en place et c'est la partie « prise en charge » qui restait à développer.

## Discussion

### *Un retard relatif*

On pouvait s'alarmer du retard pris par la France dans le développement des structures de prise en charge précoce des personnes présentant un premier épisode psychotique. Les résultats présentés ici montrent pourtant que 18 programmes sont déjà fonctionnels (dont certains depuis plus de 10 ans), 8 sont en cours de création et 11 en projet. La répartition sur le territoire est relativement déséquilibrée avec une surreprésentation de ces programmes en région parisienne et une sous-représentation dans un grand quart sud-ouest de la France (*figure 1*). On compte une grande majorité d'équipes pluridisciplinaires permettant de fournir des soins intensifs pendant en moyenne 3 ans et ambulatoires puisque plus de 2/3 des équipes s'organisent selon le modèle du *case manager*. Bien que la prise en charge précoce des épisodes psychotiques existe donc bel et bien en France, les répondants soulignent cependant l'absence de réseau entre les différents acteurs et un manque d'harmonisation des pratiques en l'absence de recommandations nationales.

En revanche, les données de cette étude montrent que la moitié des programmes ne sont pas spécifiques des phases précoces (sujet à haut risque ou premier épisode psychotique) mais étendent également leurs actions aux personnes souffrant de pathologies psychotiques chroniques. Ces résultats interrogent donc le caractère spécifiquement précoce des interventions dispensées et pourraient également refléter la durée des soins que reçoivent les patients (continuant au-delà du diagnostic de pathologie chronique) ou le caractère tardif de l'intervention (longue durée de psychose non traitée, non premier épisode psychotique...). Le caractère ambulatoire peut également être questionné puisqu'un nombre important d'équipes proposent des interventions sur les lieux de soins (HDJ, CMP ou hôpital) ou au domicile des patients, ce qui ne s'accorde pas avec les travaux [9] qui invitent à des soins dans le milieu de vie des personnes (mais sans que cela soit la règle partout [10]).

Malgré un intérêt grandissant pour ce type de programmes (8 nouveaux projets devraient être ouverts au moment où paraîtra cet article) et l'augmentation constante d'activité décrite par toutes les initiatives, au moins deux facteurs recensés par cette étude pourraient ralentir,

voire empêcher le développement de l'intervention précoce en France :

1) le référencement des patients : les patients ciblés par l'intervention précoce sont principalement jeunes en âge (de 14 à 30 ans). Or, le référencement par les services de pédopsychiatrie, les maisons des adolescents, les médecines scolaires et universitaires reste limité d'après les réponses recueillies dans cette étude. Ces résultats soulignent un nécessaire découplage entre psychiatrie pour enfants, adolescents et adultes d'une part, et secteurs sanitaire et social d'autre part. À cet égard, parmi les difficultés de mise en œuvre relatives par les répondants, on note des réticences à l'adressage de patients de la part de collègues d'autres secteurs qui remettent en cause la pertinence d'une prise en charge spécifique du jeune ;

2) le financement : plus de 60 % des équipes fonctionnent à moyens constants alors que seules 4 ont un financement dédié total. Ces résultats font écho à l'insuffisance en ressources humaines et matérielles du fait de moyens financiers contraints soulignée par les répondants.

### *Limites*

Ce premier recensement des initiatives d'intervention précoce des troubles psychotiques en France ne concernait que la prise en charge de ces patients. Or, les activités de détection et de prise en charge précoce sont souvent liées. Dans une deuxième phase de recensement des initiatives et de leur activité en 2017, ces deux aspects seront abordés.

Afin de ne pas négliger d'initiatives aux moyens limités, nous avons opté dans le questionnaire pour un critère de sélection des initiatives concernant les ETP très bas (au moins 0,5 ETP, tous professionnels confondus, dédié à cette activité). Ce seuil bas pouvait faire craindre *a posteriori* l'identification d'initiatives volontaires pour mettre en place l'intervention précoce, sans cependant posséder un nombre de soignants suffisant pour mener à bien une prise en charge qui se veut intensive. Au contraire, les résultats rapportent un effectif moyen de 4,3 ETP pour les initiatives fonctionnelles, ce qui suggère une constitution déjà réelle de celles-ci.

Enfin, l'approche déclarative que nous avons privilégiée ne nous permet pas d'affirmer que toutes les initiatives françaises ont été identifiées, puisque seules les déclarations des initiatives qui ont bien voulu répondre ont été analysées.

## Conclusion

Cet état des lieux des initiatives de prise en charge précoce des troubles psychotiques a permis d'identifier une vingtaine de structures fonctionnelles et une vingtaine de structures en cours de création ou en projet en France et en outre-mer en 2017.



Il pose la question de la démarche d'optimisation des ressources humaines et matérielles utiles à une intervention précoce de qualité, tant en gain de qualité de vie que sur la réduction des coûts sociétaux, en particulier par la reprise de l'activité professionnelle.

**Liens d'intérêts** les auteurs déclarent ne pas avoir de lien d'intérêts en rapport avec cet article.

## Références

1. Fusar-Poli P, McGorry PD, Kane JM. Improving outcomes of first-episode psychosis: an overview. *World Psychiatry* 2017;16: 251-65.
2. Golay P, Alameda L, Baumann P, et al. Duration of untreated psychosis: Impact of the definition of treatment onset on its predictive value over three years of treatment. *Journal of Psychiatric Research* 2016;77: 15-21.
3. Glaser C, Canceil O, Gozlan G. Case management en psychiatrie : vers des pratiques professionnelles intégrées. *L'Information psychiatrique* 2016;92: 539-45.

4. McDavid D, La Park A, Lemmi D, Adelaja B, Knapp M. *Growth in the use of early intervention for psychosis services: An opportunity to promote recovery amid concerns on health care sustainability*. Personal Social Services Research Unit, London (UK), 2016.
5. Parizot S. Les psychoses émergentes. *L'information Psychiatrique* 2017;93: 367-9.
6. Grawe RW, Falloon IR, Widen JH, Skogvoll E. Two years of continued early treatment for recent-onset schizophrenia: a randomised controlled study. *Acta Psychiatr Scand* 2006;114: 328-36.
7. Combessie JC. *La méthode en sociologie*. Paris : La Découverte, 2007, Coll. « Repères ».
8. Gozlan G. « L'animation d'un réseau intégré de santé mentale : enjeux, paradoxes et apports d'une logique de "case management" ». In : *Les paradoxes du management par le sens*. Rennes : Presses de l'EHESP, 2016.
9. Malla A, Norman R, McLean T, Scholten D, Townsend L. À Canadian programme for early intervention in non-affective psychotic disorders. *The Australian and New Zealand Journal of Psychiatry* 2003;37: 407-13.
10. Nordentoft M, Rasmussen JO, Melau M, Hjorthøj CR, Thorup AAE. How successful are first episode programs? A review of the evidence for specialized assertive early intervention. *Current Opinion in Psychiatry* 2015;27: 167-72.



Comment préserver sa propre santé et sa passion du métier dans un contexte professionnel de plus en plus stressant ?

30€

Isabelle Sauvegrain / Christophe Massin

- Février 2014
- 14,8 x 21 cm / 192 pages
- ISBN : 978-2-7040-1394-4

Tension, stress, risque de *burn-out* ...

Toutes les clés pour vous accompagner au quotidien

La compréhension du stress est abordée ici dans toutes ses dimensions, tant socioprofessionnelles que personnelles.



Ouvrage disponible sur [www.jle.com](http://www.jle.com)

doin®

