



**HAL**  
open science

# Facteurs prédictifs d'une rechute à un an chez une cohorte de patients hospitalisés pour un premier épisode psychotique sur un secteur parisien

Maxime Hubat

► **To cite this version:**

Maxime Hubat. Facteurs prédictifs d'une rechute à un an chez une cohorte de patients hospitalisés pour un premier épisode psychotique sur un secteur parisien. *Psychiatrie et santé mentale*. 2018. dumas-01982312

**HAL Id: dumas-01982312**

**<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01982312>**

Submitted on 15 Jan 2019

**HAL** is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

UNIVERSITE DES ANTILLES  
ET DE LA GUYANE  
2018

FACULTÉ DE MÉDECINE HYACINTHE  
BASTARAUD  
N° 2018ANTI0309

**FACTEURS PRÉDICTIFS D'UNE RECHUTE À UN AN  
CHEZ UNE COHORTE DE PATIENTS  
HOSPITALISÉS POUR UN PREMIER ÉPISODE  
PSYCHOTIQUE SUR UN SECTEUR PARISIEN**

**THÈSE**

Présentée et soutenue publiquement à la Faculté de Médecine Hyacinthe BASTARAUD  
des Antilles et de la Guyane  
Et examinée par les Enseignants de la dite Faculté

**Le 1<sup>er</sup> octobre 2018**

Pour obtenir le grade de

**DOCTEUR EN MÉDECINE SPÉCIALISÉE  
PSYCHIATRIE**

Par

**Maxime HUBAT**

Examineurs de la thèse :

Mr JEHEL Louis	Professeur, Président de jury
Mr CABIE André	Professeur
Mr FARID Karim	Professeur
Mme VACHERON Marie-Noëlle	Docteur en Médecin Directrice de thèse

## **LISTE DES ENSEIGNANTS**

**Président de l'université des Antilles : Eustase JANKY**

**Doyen de la Faculté de Médecine : Raymond CESAIRE**

**Vice-Doyen de la Faculté de Médecine : Suzy DUFLO**

<b>Professeurs des Universités - Praticiens Hospitaliers</b>	
<b>Bruno HOEN</b>	<b>Maladies Infectieuses</b> CHU de POINTE- À -PITRE/ABYMES
<b>Pascal BLANCHET</b>	<b>Chirurgie Urologique</b> CHU de POINTE- À -PITRE/ABYMES
<b>André-Pierre UZEL</b>	<b>Chirurgie Orthopédique et Traumatologie</b> CHU de POINTE-A-PITRE/ABYMES
<b>Pierre COUPPIE</b>	<b>Dermatologie</b> CH de CAYENNE
<b>Thierry DAVID</b>	<b>Ophtalmologie</b> CHU de POINTE-A-PITRE/ABYMES
<b>Suzy DUFLO</b>	<b>ORL – Chirurgie Cervico-Faciale</b> CHU de POINTE-A-PITRE/ABYMES
<b>Eustase JANKY</b>	<b>Gynécologie-Obstétrique</b> CHU de POINTE-A-PITRE/ABYMES
<b>François ROQUES</b>	<b>Chirurgie Thoracique et Cardiovasculaire</b> CHU de FORT- DE - FRANCE
<b>Jean ROUDIE</b>	<b>Chirurgie Digestive</b> CHU de FORT- DE - FRANCE
<b>Jean-Louis ROUVILLAIN</b>	<b>Chirurgie Orthopédique</b> CHU de FORT- DE - FRANCE
<b>André CABIE</b>	<b>Maladies Infectieuses</b> CHU de FORT- DE - FRANCE
<b>Philippe CABRE</b>	<b>Neurologie</b> CHU de FORT- DE - FRANCE
<b>Raymond CESAIRE</b>	<b>Bactériologie-Virologie-Hygiène option virologie</b> CHU de FORT- DE - FRANCE
<b>Maryvonne DUEYMES-BODENES</b>	<b>Immunologie</b> CHU de FORT- DE - FRANCE
<b>Régis DUVAUFERRIER</b>	<b>Radiologie et imagerie Médicale</b> CHU de FORT- DE - FRANCE
<b>Annie LANNUZEL</b>	<b>Neurologie</b> CHU de POINTE- À -PITRE/ABYMES

<b>Louis JEHEL</b>	<b>Psychiatrie Adulte</b> CHU de FORT- DE - FRANCE
<b>Mathieu NACHER</b>	<b>Epidémiologie, Economie de la Santé et Prévention</b> CH de CAYENNE
<b>Guillaume THIERY</b>	<b>Réanimation</b> CHU de POINTE-A-PITRE/BYMES
<b>Magalie DEMAR – PIERRE</b>	<b>Parasitologie et Infectiologie</b> CH de CAYENNE
<b>Vincent MOLINIE</b>	<b>Anatomie Cytologie Pathologique</b> CHU de FORT DE FRANCE
<b>Philippe KADHEL</b>	<b>Gynécologie-Obstétrique</b> CHU de POINTE-A-PITRE/ABYMES
<b>Michel DEBANDT</b>	<b>Rhumatologie</b> CHU de FORT- DE - FRANCE
<b>Jeannie HELENE-PELAGE</b>	<b>Médecine Générale</b> CHU de Pointe-à-Pitre / Cabinet libéral
<b>Karim FARID</b>	<b>Médecine Nucléaire</b> CHU de FORT- DE - FRANCE
<b>Mehdi MEJDOUBI</b>	<b>Radiodiagnostic et imagerie Médicale</b> CHU de FORT- DE - FRANCE
<b>Rémi NEVIERE</b>	<b>Physiologie</b> CHU de FORT- DE - FRANCE
<b>Sébastien BREUREC</b>	<b>Bactériologie &amp; Vénérologie</b> CHU de POINTE- À -PITRE/ABYMES
<b>Félix DJOSSOU</b>	<b>Maladies infectieuses et tropicales</b> CH de CAYENNE
<b>Nicolas VENISSAC</b>	<b>Chirurgie thoracique et cardiovasculaire</b> CHU de FORT- DE - FRANCE

**Professeurs associés des Universités - Praticiens Hospitaliers**

<b>Harold MERLE</b>	<b>Ophtalmologie</b> CHU de FORT- DE - FRANCE
---------------------	--

**Maître de Conférences des Universités - Praticiens Hospitaliers**

<b>Christophe DELIGNY</b>	<b>Médecine Interne</b> CHU de FORT- DE - FRANCE
<b>Jocelyn INAMO</b>	<b>Cardiologie</b> CHU de FORT- DE - FRANCE
<b>Fritz-Line VELAYOUDOM CEPHISE</b>	<b>Endocrinologie</b> CHU de POINTE- À -PITRE/ABYMES
<b>Marie-Laure LALANNE-MISTRIH</b>	<b>Nutrition</b> CHU de POINTE- À -PITRE/ABYMES

<b>Narcisse ELENGA</b>	<b>Pédiatrie</b> CH de CAYENNE
<b>Moana GELU-SIMEON</b>	<b>Gastroentérologie hépatologie</b> CHU de POINTE-A-PITRE/ABYMES
<b>TABUE TEGUO Maturin</b>	<b>Médecine interne : Gériatrie et Biologie du vieillissement</b> CHU de POINTE-A-PITRE/ABYMES
<b>BACCINI Véronique</b>	<b>Hématologie</b> CHU de POINTE-A-PITRE/ABYMES
<b>Maître de Conférence Associé de Médecine Générale</b>	
<b>Franciane GANE-TROPLENT</b>	<b>Médecine générale</b> Cabinet libéral les Abymes Tel : 05 90 20 39 37

<b>Chefs de Clinique des Universités - Assistants des Hôpitaux</b>	
<b>BANCEL Paul</b>	<b>ORL/Chirurgie maxillo faciale</b> CHU de Pointe-à-Pitre
<b>BLAIZOT Romain</b>	<b>Dermatologie</b> CH de CAYENNE
<b>BUTORI Pauline</b>	<b>Ophtalmologie</b> CHU de Pointe-à-Pitre
<b>DARCHE Louis</b>	<b>Chirurgie Digestive et Viscérale</b> CHU de Martinique
<b>DEBBAGH Hassan</b>	<b>Chirurgie thoracique</b> CHU de Martinique
<b>DURTETTE Charlotte</b>	<b>Médecine interne</b> CHU de Martinique
<b>GUERIN Meggie</b>	<b>Parasitologie et Mycologie</b> CH "Andrée ROSEMON" de Cayenne
<b>HENNO Florent</b>	<b>Anesthésie-Réanimation</b> CHU de Pointe-à-Pitre
<b>JEREMIE Jean-Marc</b>	<b>Psychiatrie</b> CHU de Martinique
<b>LEFEVRE Benjamin</b>	<b>Maladies infectieuses</b> CHU de Pointe-à-Pitre
<b>MONFORT Astrid</b>	<b>Cardiologie</b> CHU de Martinique
<b>MOUREAUX Clément</b>	<b>Urologie</b> CHU de Pointe-à-Pitre
<b>PARIS Eric</b>	<b>Réanimation</b> CHU de Pointe-à-Pitre
<b>PIERRE-JUSTIN Aurélie</b>	<b>Neurologie</b> CHU de POINTE-À -PITRE/ABYMES

<b>POUY Sébastien</b>	<b>Cardiologie</b> CHU de Martinique
<b>RENARD Guillaume</b>	<b>Chirurgie Orthopédique</b> CHU de Martinique
<b>SYLVESTRE Emmanuelle</b>	<b>Maladies Infectieuses</b> CHU de Martinique
<b>TRAMIER Ambre</b>	<b>Gynécologie-Obstétrique</b> CHU de Pointe-à-Pitre

<b>Chefs de Clinique des Universités – Médecine Générale</b>	
<b>BONIFAY Timothée</b>	<b>Médecine Générale</b> CHU de Cayenne, Croix Rouge
<b>CARPIN Jamila</b>	<b>Médecine Générale</b> Cabinet du Dr GANE-TROPLENT
<b>NIEMETZKI Florence</b>	<b>Médecine Générale</b> CH « Andrée Rosemon » de Cayenne/Cabinet
<b>PLACIDE Axiane</b>	<b>Médecine Générale</b> CHU de Martinique, Cabinet

<b>Professeurs EMERITES</b>	
<b>Serge ARFI</b>	<b>Médecine interne</b> CHU de Fort-De-France
<b>Georges JEAN-BAPTISTE</b>	<b>Rhumatologie</b> CHU de Fort-De-France
<b>Aimé CHARLES-NICOLAS</b>	<b>Psychiatrie adulte</b> CHU de Fort-De-France
<b>Bernard CARME</b>	<b>Parasitologie</b> CH « Andrée Rosemon » de Cayenne

## **Avant-propos et remerciements**

Au Professeur JEHEL, chef du service universitaire de psychiatrie du CHU de Martinique et coordinateur de DES Antilles-Guyane, pour m'avoir fait l'honneur de présider ce jury de thèse, ainsi que pour son enseignement inestimable concernant la psychotraumatologie.

Au Professeur CABIE, chef de service de maladies infectieuses et tropicales du CHU de Martinique comme au Professeur FARID du service de médecine nucléaire du CHU de Martinique, pour m'avoir fait l'honneur de faire partie du jury de thèse. Votre réactivité et votre souplesse m'inspirent une indéfectible reconnaissance.

Au Docteur VACHERON, chef de service du Secteur 13 du centre hospitalier Sainte-Anne, pour m'avoir initié à ce sujet fascinant et m'avoir appris l'importance d'un soin collaboratif. Votre patiente bienveillance et votre inégalable disponibilité ont été un guide et un réconfort pendant ce travail.

Je tiens à remercier mes confrères, aînés comme internes, sans oublier les équipes avec qui j'ai eu le plaisir de travailler. L'internat a été une chance grâce à vous et vos exemples. En particulier Camille.R-D, Christelle.G, Christine.G, Elie.W, Florence.C, Florence.S, Ibrahim.A, Michèle.D, Olfa.A, Pierre.L, Raphaël.G, Rémi.S et Sarah.C.

Je tiens à remercier ma famille. Vous m'avez appris les mots confiance, ténacité et compassion. Particulièrement, je tiens à remercier ma mère, qui m'a appris combien l'écoute était thérapeutique. Que dans l'adversité résidait toujours une chance à saisir.

Je tiens à remercier tous mes amis proches, ils se reconnaîtront. Ce projet vous a coûté des moments précieux que nous récupérons bientôt. En particulier Mathilde.L, Thomas.E, pour leur aide exemplaire et la force de leur amitié et Pascaline.V pour son aide statistique éclairée.

À mon père.

## **Abréviations**

*Par ordre alphabétique*

- CATTP : Centre d'Activité Thérapeutique à Temps Partiel
- CIM : Classification Internationale des Maladies
- CMP : Centre Médico Psychologique
- DSM : Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
- ECT : Électroconvulsivothérapie
- EPPIC : Early Psychosis Prevention and Intervention Centre
- EPHAD : Établissement pour Personnes Âgées Dépendantes
- HDJ : Hôpital De Jour
- PEP : Premier Épisode Psychotique
- PDS : Programme De Soins
- PDV : Perdus De Vue
- PIP : Programme d'Intervention Précoce
- RAISE : Recovery After an Initial Schizophrenia Episode
- SAU : Service d'Accueil et de traitement des Urgences
- SDF : Sans Domicile Fixe
- SL : Soins Libres
- SPDT : Soins Psychiatriques à la Demande d'un Tiers
- SPDT-U : Soins Psychiatriques à la Demande d'un Tiers en Urgence
- SPDRE : Soins Psychiatriques à la Demande du Représentant de l'État



## **Table des Matières**

- I. Introduction
- II. Objectif
- III. Méthode
  - A. Format et objectif
  - B. Population
  - C. Saisie et traitement des données
  - D. Critères étudiés
  - E. Analyses statistiques
  - F. Éthique
- IV. Résultats
  - A. Caractéristiques de l'échantillon
  - B. Éléments démographiques et fonctionnement social
  - C. Antécédents
  - D. Caractéristiques des hospitalisations
  - E. Traitement et projet de soin à l'issue de la première hospitalisation
  - F. Suivi après le PEP
  - G. Critères d'ouverture
- V. Discussion
- VI. Conclusion
- VII. Références
- VIII. Annexes
- IX. Serment d'Hippocrate

## Introduction

Le Premier Épisode Psychotique (PEP) est caractérisé par l'émergence de symptômes psychotiques productifs pendant une durée supérieure à 7 jours<sup>(1)</sup> soit selon les critères du DSM5<sup>1</sup> : délires, hallucinations, troubles du cours de la pensée ou comportements grossièrement désorganisés. Plusieurs étiologies, dont certaines organiques<sup>(2)</sup> peuvent expliquer ces manifestations bruyantes qui nécessitent souvent une intervention urgente. Bien qu'initialement associé à la recherche sur la schizophrénie<sup>(3)</sup> le concept de PEP demeure une description symptomatique sans définition consensuelle<sup>(4)</sup>. Cet état clinique, parfois transitoire, ne peut justifier seul un diagnostic de schizophrénie. Il peut dévoiler un trouble de l'humeur comme un trouble sévère de la personnalité. De plus, une variation temporelle clinique et diagnostique est décrite après un PEP<sup>(5)</sup>. Néanmoins, la littérature rappelle le risque d'une évolution péjorative d'un trouble psychotique non ou tardivement traité<sup>(6,7)</sup>. Ainsi, une attitude diagnostique prudente ne doit pas différer la prise en charge (PEC). Les Guidelines internationales<sup>(8-11)</sup> ont été actualisées dans ce sens, au regard de l'efficacité des programmes d'intervention précoce (PIP)<sup>(12)</sup>, comme RAISE<sup>(13)</sup>, EPPIC<sup>(14)</sup> ou NAVIGATE<sup>(15)</sup>.

Survenant généralement de l'adolescence au début de l'âge adulte, le PEP retentit comme un véritable « tsunami » chez le jeune. Sa survenue coïncide avec une période charnière de développement et de maturation sociale incomplète, de scolarité et de qualification professionnelle. L'impact psychologique est lourd, souvent traumatisant<sup>(16,17)</sup> pour le jeune qui est dans une période charnière de construction de l'identité et d'acquisition de l'autonomie. Complicquée d'un vécu stigmatisant<sup>(18)</sup>, l'acceptation des troubles comme des soins représente une nécessité difficile à obtenir. Pourtant, la mauvaise observance du traitement serait une des premières causes de rechute après un PEP<sup>(19)</sup>. Ces dernières sont fréquentes, concernant jusqu'à 7 patients sur 10 selon les études<sup>(20)</sup>. Bien que définies par une exacerbation symptomatologique, les rechutes sont le plus souvent associées au critère pragmatique d'une réhospitalisation<sup>(6,21)</sup>. Au-delà des conséquences psychologiques éprouvantes pour le jeune et son entourage, la multiplication des rechutes grève la durée de rémission entre chaque épisode, favorisant la résistance aux traitements et la chronicisation des troubles. Elles augmentent également un risque suicidaire déjà élevé<sup>(17,20)</sup>. Prévenir les rechutes est donc un enjeu capital dès le PEP. Dans cette optique, des recherches ciblent l'existence de facteurs prédictifs d'une rechute après un PEP. Ces facteurs peuvent concerner de nombreux critères : le patient, le trouble psychiatrique, les comorbidités, la prise en charge psychiatrique comme psychosociale. Les facteurs prédictifs de

---

<sup>1</sup>Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (trad.)<sup>(22)</sup>: Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux, Association Américaine de Psychiatrie.

rechute les plus documentés sont à ce jour : la mauvaise observance médicamenteuse<sup>(23,24)</sup>, le retard d'accès aux soins dit DUP<sup>(25)</sup>, l'usage de cannabis<sup>(26)</sup> ainsi qu'un mauvais ajustement prémorbide<sup>(27)</sup>. Ce dernier reste discuté comme la probable conséquence des éléments déficitaires insidieux d'une transition psychotique<sup>(28)</sup>. Classiquement décrites, les caractéristiques sociodémographiques et l'expression clinique initiale ne seraient pas des facteurs prédictifs fiables de rechute<sup>(6,21)</sup>. Ces résultats restent sujets à caution, parfois en désaccord avec une recherche axée sur le rétablissement au long cours<sup>(29,30)</sup>. De plus, des méta-analyses récentes<sup>(21,31,32)</sup> rapportent une variation des résultats imputée à la variabilité des critères de mesure. Poursuivre la recherche de facteurs prédictifs pour prévenir une rechute après un PEP reste essentiel, tant face aux conséquences cliniques citées, que pour améliorer la qualité des soins. Ainsi, la présente étude a pour objectif d'analyser les facteurs prédictifs de réhospitalisation après un PEP sur un secteur<sup>2</sup> parisien de 140 000 habitants.

Ce secteur est caractérisé par : la présence de la Cité Universitaire Internationale (près de 10000 hébergements) à l'origine d'une surreprésentation de jeunes étudiants, originaires de nombreux pays et à distance du soutien de l'entourage. Néanmoins, il comprend aussi de nombreux centres d'hébergement d'urgence, de stabilisation et de réinsertion sociale sectorisés<sup>4</sup> (environ 1000 hébergements), de nombreuses maternités et EHPAD<sup>5</sup> de Paris. La population est ainsi variée tant par l'âge, les problématiques et les caractéristiques sociales. Celle considérée dans cette étude est constituée de jeunes patients de 16 à 45 ans. Nous excluons ainsi les premiers épisodes de survenue tardive. Le secteur comprend 58 lits d'hospitalisation classique, dont 15 lits d'hôpital de semaine et une unité de 13 lits d'accueil pour adolescents et jeunes adultes. Il a la particularité de bénéficier de nombreuses structures extra hospitalières pour un total de 89 places : un hôpital de jour (HDJ) post aigu pour les adolescents et jeunes adultes, un hôpital de jour classique adapté aux pathologies lourdes et chroniques, une clinique relais, un hébergement thérapeutique de nuit et des appartements associatifs. Un centre de jour axé sur la réinsertion reçoit une file active de 180 patients. Le CMP est ouvert 7j/7 et travaille en étroite collaboration avec le SAU de Saint-Joseph à proximité, l'équipe mobile de maintien à domicile et les autres structures du service.

---

<sup>2</sup>Duration of Untreated Psychosis (trad.) : Durée de psychose non traitée.

<sup>3</sup> En France, l'organisation des soins psychiatrique est sectorielle : l'accès aux soins dépend d'un territoire géographique couvert par un secteur.

<sup>4</sup> Associations Aurore, EMMAUS et Urgences-jeunes entre autres.

<sup>5</sup> EHPAD : Établissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes.

## **Objectif**

Cette étude de cohorte a pour but de rechercher l'existence de facteurs prédictifs d'une rechute précoce, dans l'année suivant l'épisode index. Comme critère de jugement principal, nous avons analysé les caractéristiques du projet de soin initial associées à une rechute à un an. Comme critère de jugement secondaire, nous avons analysé les caractéristiques du fonctionnement prémorbide des patients associés à une rechute à un an. Cette étude a pour intention de retrouver les éléments reconnus, mais également de mettre en évidence des éléments non documentés à ce jour le cas échéant.

## **Méthode**

### **Format et objectif**

Il s'agit d'une étude observationnelle transversale rétrospective monocentrique de 2 ans sur le secteur du 14<sup>e</sup> arrondissement de Paris. Les sources d'informations utilisées ont été plurielles : le fichier des admissions du secteur a été utilisé pour l'inclusion des patients. Ensuite, nous avons utilisé le dossier informatisé (Cortexte®) de chaque patient pour vérifier les critères d'inclusion, puis y rechercher les critères d'analyse. Le but était d'inclure tous les patients ayant eu un PEP nécessitant une première hospitalisation sur le Secteur et bénéficiant d'un suivi minimal d'un an ensuite. Pour cette raison, nous avons décidé d'une période d'inclusion allant de septembre 2015 (Déploiement de Cortexte®) à septembre 2016. La période d'observation s'étendait jusqu'à fin septembre 2017, date de saisie finale des données, ceci afin d'avoir un recul minimal d'un an entre la date de saisie et la dernière inclusion. À 6 et 9 mois de la saisie, une vérification des perdus de vue (PDV) a été réalisée.

### **Population**

L'échantillon constitué respectait les critères d'inclusion suivants : Patient sectorisé sur le secteur, première hospitalisation psychiatrique, diagnostic de PEP (cf. Annexe 1), âge compris entre 16 et 45 ans, projet de poursuite des soins sur le secteur à l'issue de la première hospitalisation. Les facteurs de non-inclusion étaient : antécédent d'hospitalisation pour PEP, identité non vérifiable, patient hors secteur depuis moins de 6 mois, situation d'errance pathologique nécessitant un rapatriement en cours d'hospitalisation.

### Saisie et traitement des données

Pour réduire les erreurs, une saisie semi-automatisée par gestionnaire de base de données (FileMaker®) a été utilisée. Les données ont été exportées dans Excel® pour vérification avant anonymisation. L'ensemble des résultats anonymisés a été exporté dans un logiciel spécialisé d'analyse statistique (SPSS-Statistics®). À toutes les étapes, les données ont été protégées par mot de passe sur un volume de stockage encrypté dédié.

### Critères étudiés

Pour répondre à l'objectif de cette étude, nous avons recueilli 78 critères sur 7 catégories : caractéristiques de l'échantillon, démographie et fonctionnement social initial, antécédents psychiatriques, caractéristiques des hospitalisations, traitement et projet de soin à l'issue de la première hospitalisation, suivi après un PEP et critère d'ouverture. Leur détail et les modalités de saisie sont précisés en annexe 2.

### Analyses statistiques

Pour les comparaisons, un test non paramétrique a été utilisé. Lorsque les conditions le permettaient, nous avons utilisé un test de Chi-deux ( $\chi^2$ ). En cas de faible effectif, le test exact de Fisher a été appliqué. Sauf mention, l'hypothèse nulle  $H_0$  est qu'un attribut n'est pas associé à une rechute à un an. Un test V de Cramer a été utilisé pour indiquer la force de la liaison statistiquement mentionnée<sup>6</sup>. Lorsque des données non applicables n'étaient pas analysées, les résultats relatifs étaient dits « valides »<sup>7</sup>.

### Éthique

Les patients étaient informés d'une recherche rétrospective sans impact sur leur suivi et la possibilité de consulter les résultats. Leur consentement avait été recherché par l'envoi d'un formulaire de non-opposition (cf. Annexe 3).

---

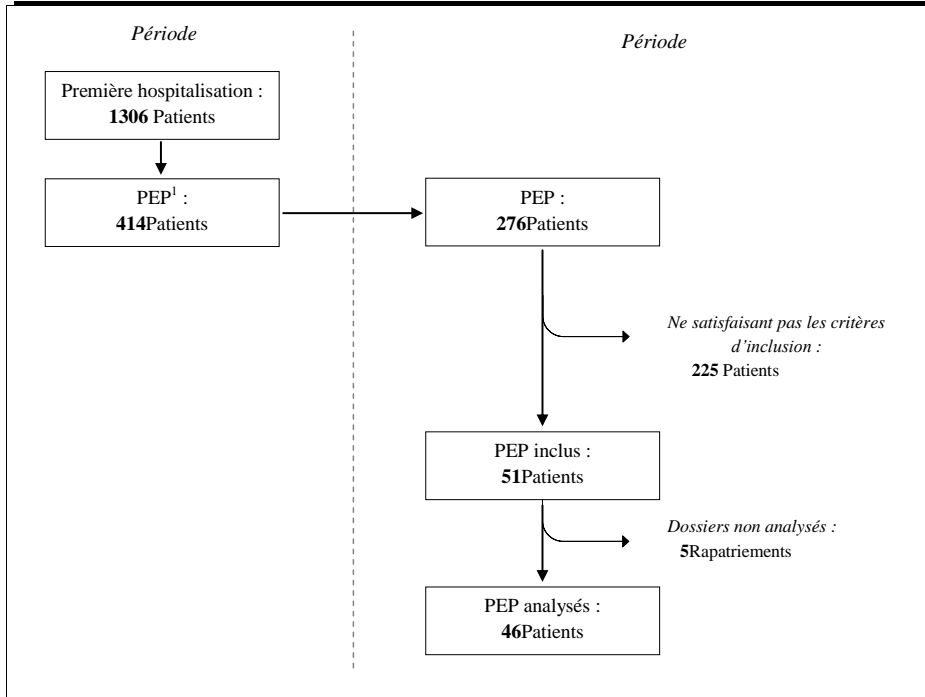
<sup>6</sup> Le V de Cramer est la racine carrée du  $\chi^2$  divisé par le  $\chi^2$  max. Ce  $\chi^2$  max théorique est égal à l'effectif multiplié par le plus petit côté du tableau (nombre de lignes ou de colonnes) moins 1. Plus V est proche de zéro, moins les variables étudiées sont dépendantes. Plus V est proche de 1, plus la liaison entre les deux variables étudiées est forte.

<sup>7</sup> Les valeurs absolues sont néanmoins mentionnées pour raison de transparence.

## Résultats

Sur 1306 patients hospitalisés pour la première fois sur le secteur pendant la période d'observation, 414 présentaient un PEP. Soit 276 patients sur la période d'inclusion. Sur 51 dossiers retenus, 46 répondaient strictement aux critères d'inclusion et avaient été analysés (cf. Figure1).

**Figure1. Flow chart des inclusions.**



<sup>1</sup>PEP : Premier Episode Psychotique.

### Caractéristiques de l'échantillon :

Parmi les 46 dossiers inclus, 15 (soit 32,61%) ont été perdus de vue (PDV) (déménagement n=11, changement de secteur<sup>8</sup>n=2, sans motif retrouvé n=2). À la date de saisie, un suivi complet et actuel était assuré pour 67,4% des patients (n=31). La durée totale moyenne de suivi était

<sup>8</sup> Patients hors secteur au moment de l'admission, accédant à une domiciliation sectorisée à distance du PEP.

supérieure à un an ( $\sigma^9=420,50$  jours), en accord avec le design de l'étude. Variable en fonction des PDV, cette durée restait proche d'un an au minimum (cf. Tableau1).

**Tableau1. Durée totale du suivi selon en fonction des PDV<sup>1</sup> (en jours).**

	Patient PDV	Patient non PDV	Total
Nombre :	15	31	46
Moyenne :	351,20	453,03	420,50
Médiane :	282,0	456,0	416,0
Écart type :	257,17	200,39	222,99
Minimum :	49	8 <sup>2</sup>	8
Maximum :	770	752	770

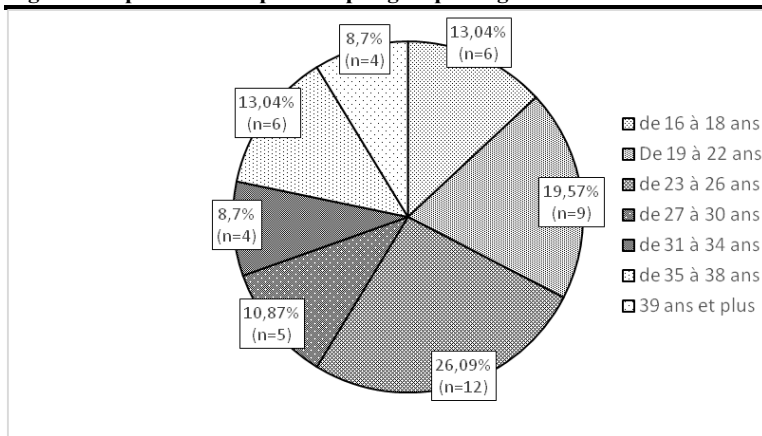
<sup>1</sup> PDV : Perdu de Vue. <sup>2</sup> Un patient ne répondait pas aux critères de PDV malgré une rupture précoce des soins :celui-ci est resté sur le secteur avec une reprise de contact à peu après la date de saisie.

#### **Éléments démographiques et fonctionnement social :**

Une prédominance masculine était apparente (n=29 soit 61,7%). L'âge moyen au moment de la première hospitalisation était de 26,7 ans ( $\sigma=7,38$  ans), mais plus de la moitié des patients avaient moins de 27 ans (cf. Figure2). L'âge moyen variait selon les diagnostics, les patients avec un trouble des catégories diagnostiques F20-29<sup>10</sup> avaient un âge moyen de 25,8 ans ( $\sigma=6,94$  ans) contre 31,3 ans ( $\sigma=8,86$  ans)chez ceux des catégories F30-39. Le célibat était majoritaire dans l'échantillon (n=37 soit 78,7%) (cf. Tableau2). Un patient sur deux (n=23 soit 50%) vivait au foyer familial. Treize patients bénéficiaient d'un logement individuel (28,2%), 7 étaient en foyer ou SDF (15,2%). Trois n'avaient pas de logement identifié.

<sup>9</sup> Par convention nous utilisons le signe «  $\sigma$  » pour désigner l'écart-type. De même la lettre « m » désigne la moyenne.

<sup>10</sup> Catégories diagnostiques du CIM 10 faisant référence aux diagnostics d'inclusion (Cf. Annexe 1).

**Figure2. Répartition des patients par groupe d'âge.****Tableau2. Statut marital.**

	Fréquence	Pourcentage	Pourcentage cumulé
Célibat	36	78,26 %	78,26 %
Couple	7	15,22 %	93,48 %
Mariage	3	6,52 %	100 %
Total	46	100 %	

Plus d'un tiers des patients (n=17 soit 36,2%) étaient dans une situation d'isolement social. Le dernier niveau scolaire obtenu était haut, plus de la moitié des patients avait un niveau Licence ou Master (cf. Tableau3). Lors de l'hospitalisation, plus d'un tiers des patients avaient une formation en cours (n=18 soit 39,1%). Une majorité était sans emploi en cours (n=29 soit 63%). Néanmoins, l'absence d'emploi était associée à moins de rechute (Fisher p=0,011 ; V de Cramer 0,386). Peu de patients avaient accès au RSA<sup>11</sup>(n=3 sur 29 soit 6,5%). Un tiers n'avait ni emploi ni formation (n=16 soit 34,8%). Une couverture de santé était présente pour n=43 (soit 93,5%) des patients. Le statut migratoire<sup>12</sup> était important (n=13 soit 28,3%), la plupart étant depuis plus de 5 ans en métropole (n=8 sur 13, soit 61,64%) (cf. Figure3). Ces patients présentaient significativement plus de rechutes ( $\chi^2= 9,48$  à 1ddl ; p=0,002 ; V de Cramer 0,454).

<sup>11</sup> RSA : Revenu de Solidarité Active.

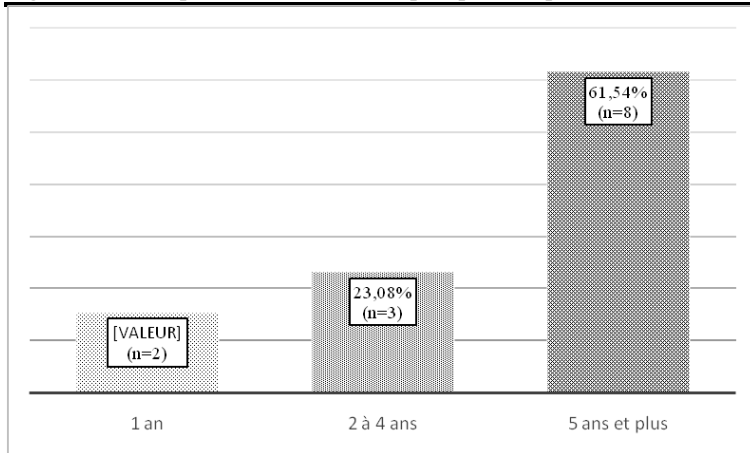
<sup>12</sup> Au sens d'une mobilité géographique intercontinentale, incluant les DOM-TOM.



**Tableau3. Dernier niveau scolaire avant le PEP<sup>1</sup>.**

		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage Valide	Pourcentage Cumulé
Valide	Bac	4	8,70 %	10,53 %	10,53 %
	Licence et Master	24	52,17 %	63,16 %	73,68 %
	Formation professionnalisante	10	21,74 %	26,32 %	100 %
	Total	38	82,61 %	100 %	
Manquant <sup>2</sup>		8	17,39 %		
Total		46	100 %		

<sup>1</sup>PEP : Premier Episode Psychotique. <sup>2</sup> Données non définies dans le dossier médical.

**Figure3. Délai depuis l'arrivée en métropole pour les patients concernés.**

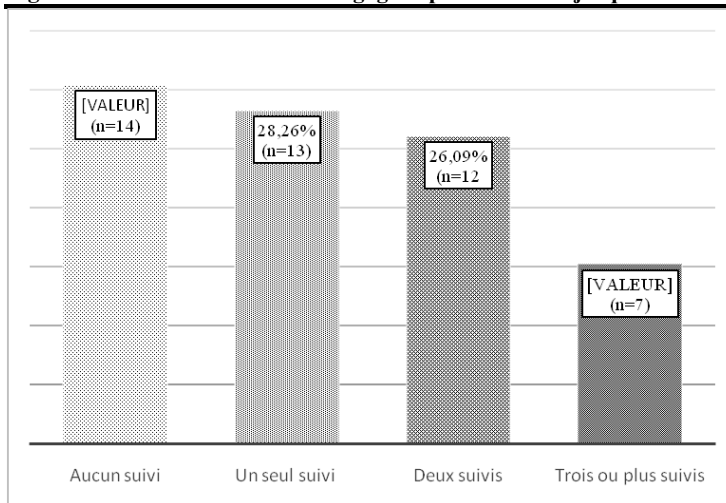
### Antécédents

Les antécédents familiaux étaient fréquents (n=27 soit 60,9%). Des antécédents autolytiques étaient présents chez 14,89% des patients (n=7). Ces derniers étaient associés à une rechute à un an (Fisher p=0,04 ; V de Cramer 0,326). Un tiers avait eu un suivi psychiatrique adulte avant le PEP (n=15 soit 32,6%), mais il était plus rare avant 18 ans (n=6 soit 13,0%) (cf. Tableau4). Plus d'un tiers avaient bénéficié de plusieurs modalités de suivi (n=19 soit 41,3%). Néanmoins, plus d'un quart (n=14 soit 30,43%) étaient vierge de tout suivi avant le PEP (cf. Figure4).

**Tableau4. Antécédents de suivi psychiatrique et psychologique<sup>1</sup>, avant et après 18 ans.**

		Pourcentage		
		Fréquence	Pourcentage	cumulé
Suivi psychiatrique avant 18 ans :	Oui	6	13,04 %	13,04 %
	Non	40	86,96 %	100 %
	Total	46	100 %	
Suivi psychologique avant 18 ans :	Oui	6	13,04 %	13,04 %
	Non	40	86,96 %	100 %
	Total	46	100 %	
Suivi psychiatrique après 18 ans :	Oui	15	32,61 %	32,61 %
	Non	31	67,39 %	100 %
	Total	46	100 %	
Suivi psychologique après 18 ans :	Oui	6	13,04 %	13,04 %
	Non	40	86,96 %	100 %
	Total	46	100 %	

<sup>1</sup>Toutes modalités de suivi confondues : suivi en secteur public comme en libéral.

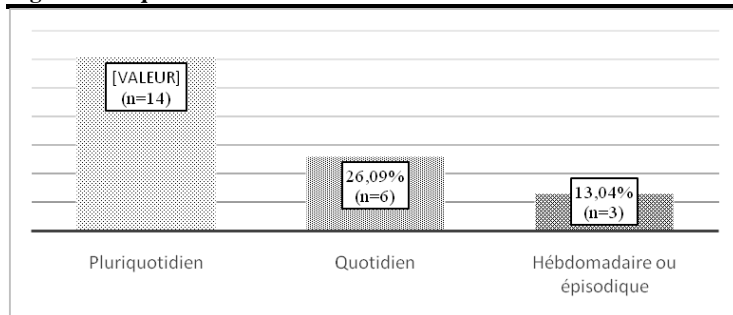
**Figure4. Nombre total de suivi<sup>1</sup> engagé depuis l'enfance jusqu'au PEP.**

<sup>1</sup>Toute modalité de suivi confondue : suivi en secteur public comme en libéral, psychiatrique comme psychologique.

L'âge moyen estimé des premiers éléments prodromaux était précoce à  $m=18,29$  ans ( $\sigma=7,85$  ans). Estimation a posteriori qui était possible pour  $n=33$  patients. Le délai calculé entre ces derniers et le PEP était important ( $m=8,45$  ans,  $\sigma=6,45$  ans). Celui-ci variait selon le diagnostic : plus important pour les catégories F30-39 ( $n=4$  ;  $m=11$  ans et  $\sigma=7,87$  ans) versus ceux des catégories F20-29 ( $n=29$  ;  $m=8,10$  et  $\sigma=6,2$ ). L'usage de produits toxiques était important avant le PEP, notamment concernant le cannabis ( $n=23$  soit 50%) dont l'usage était majoritairement

pluriquotidien (cf. Figure5). Les fréquences et natures des consommations toxiques sont résumées dans le Tableau5.

**Figure5. Fréquence<sup>1</sup> de consommation de cannabis avant le PEP.**



<sup>1</sup>Fréquence relative au n=23 patients consommateurs de cannabis.

**Tableau5. Nature et fréquence des produits toxiques consommés avant le PEP.**

		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage cumulé
<b>Usage de cannabis :</b>	Non	23	50,00 %	50,0 %
	Pluriquotidien	14	30,43 %	80,43 %
	Quotidien	6	13,04 %	93,48 %
	Hebdomadaire ou épisodique	3	6,52 %	100 %
	Total	46	100 %	
<b>Usage d'alcool :</b>	Non	33	71,74 %	71,74 %
	Pluriquotidien	4	8,70 %	80,44 %
	Quotidien	0	0,0 %	80,44 %
	Hebdomadaire ou épisodique	9	19,57 %	100 %
	Total	46	100 %	
<b>Usage de drogues dures<sup>1</sup> :</b>	Oui	6	13,04 %	13,04 %
	Non	40	86,96 %	100 %
	Total	46	100 %	
<b>Poly-intoxications<sup>2</sup> :</b>	Oui	13	28,26 %	28,26 %
	Non	33	71,74 %	100 %
	Total	46	100 %	

<sup>1</sup>Les usages récréatifs, rares ou uniques avaient été pris en compte. <sup>2</sup>Incluant la consommation de tabac.

#### Caractéristiques des hospitalisations :

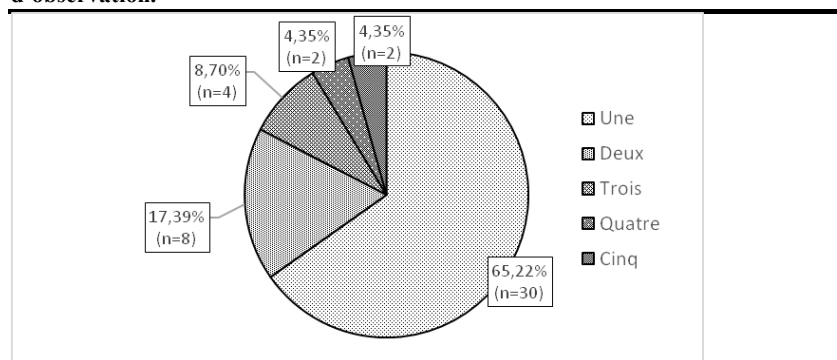
Seize patients (soit 34,78%) présentaient une à plusieurs rechutes pendant l'étude (cf. Figure6). La première hospitalisation pour PEP avait une durée moyenne de  $m=36,26$  jours ( $\sigma=32,85$  jours). Celle-ci était moindre en cas de rechute ( $m=20,25$  jours,  $\sigma=17,79$  jours). La majorité des

premières hospitalisations étaient sous contrainte<sup>13</sup> avec seulement 26,1% (n=12) patients en soins libres. À l'inverse, ce mode d'hospitalisation était prédominant lors d'une réhospitalisation (n=8 sur 16, soit 50% valide), devant les réintégrations de programme de soin (PDS) (cf. Tableau6). Pour la première et seconde hospitalisation, la catégorie diagnostique F20-29 était majoritaire à plus de 80%. Résultat qui apparaissait stable entre les hospitalisations (cf. Tableau7). L'entourage était présent au moment de l'hospitalisation pour la plupart des patients (n=42 soit 89,36%).

---

<sup>13</sup> En psychiatrie les hospitalisations peuvent être en soins libre ou sous contrainte. Plusieurs modes de contrainte existent tel que défini dans la loi n°2013-869 du 27/9/2013 (cf. tableau 6).

**Figure6. Nombre total d'hospitalisations par patient pendant la période d'observation.**



**Tableau6. Mode d'entrée de la première hospitalisation versus seconde<sup>1</sup>.**

		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage cumulé
<b>Première hospitalisation :</b>	SL <sup>2</sup>	12	26,09 %	26,09 %
	SPDRE <sup>3</sup>	1	2,17 %	28,26 %
	SPDT <sup>4</sup>	21	45,65 %	73,91 %
	SPDT-U <sup>5</sup>	9	19,57 %	93,48 %
	SPPI <sup>6</sup>	3	6,52%	100 %
	Total	46	100 %	
<b>Deuxième hospitalisation :</b>	Réintégration de PDS <sup>7</sup>	5	31,25%	31,25 %
	SL	8	50,0 %	81,25 %
	SPDT	2	12,50%	93,75 %
	SPDT-U	1	6,25 %	100 %
	Total	16	100 %	

<sup>1</sup> Si réhospitalisation lors de la période d'observation. Les pourcentages relatifs concernent donc n=16 patients.

<sup>2</sup> SL : Soins libres. <sup>3</sup> SPDRE : Soins Psychiatriques sur Décision du Représentant de l'État. <sup>4</sup> SPDT : Soins Psychiatriques à la Demande d'un Tiers. <sup>5</sup> SPDT-U : SPDT en Urgence (un seul certificat médical). <sup>6</sup> SPPI : Soins Psychiatriques sans demande de tiers – en Péril Imminent. <sup>7</sup> PDS : Programme de soins.

**Tableau7. Catégories diagnostiques retenues lors des hospitalisations (CIM-10<sup>1</sup>).**

		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage cumulé
<b>Première hospitalisation :</b>	F20-29 <sup>2</sup>	40	86,96 %	86,96 %
	F30-39 <sup>3</sup>	6	13,04 %	100 %
	Total	46	100 %	
<b>Deuxième hospitalisation :</b>	F20-29	13	81,25 %	81,25 %
	F30-39	2	12,50 %	93,75 %
	F60-69 <sup>4</sup>	1	6,25 %	100 %
	Total	16	100 %	

<sup>1</sup> CIM-10 : Classification internationale des maladies, 10e version. <sup>2</sup> F20-29 : « Schizophrénie, trouble schizotypique et troubles délirants ». <sup>3</sup> F30-39 : « Troubles de l'humeur [affectifs] » (F30-F39). <sup>4</sup> F60-69 : « Trouble Spécifiques de la Personnalité ».

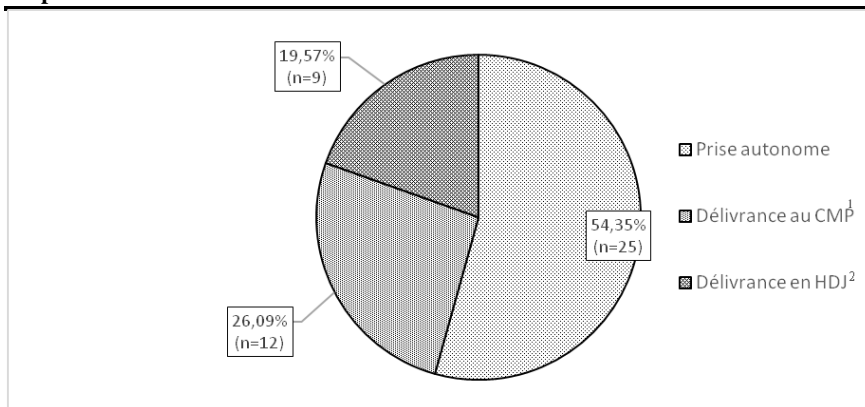
### Traitement et projet de soin à l'issue de la première hospitalisation :

Après leur première hospitalisation, tous les patients avaient au moins un traitement antipsychotique<sup>14</sup>. Ceux de *deuxième génération* (AP2G) prédominaient (n=32 soit 69,56%). Leur association avec un AP1G était fréquente (n=17 soit 36,95%). Une forme retard (APAP)<sup>15</sup> était initiée dans plus d'un tiers des cas (n=15 soit 32,6%). Une prescription multiple était fréquente : seuls 11 patients (soit 23,91%) avaient un seul antipsychotique uniquement (cf. Tableau8). Parmi tous les traitements associés, les correcteurs antiparkinsoniens prédominaient (n=15 soit 32,61%). L'intégralité des traitements de sortie et leur dosage moyen sont précisés en Annexe4. Une aide à la délivrance était fréquente, concernant presque la moitié des patients (n=21 soit 44,68%) (cf. Figure7).

**Tableau8. Nombre de traitements prescrit par patient à l'issue du PEP.**

	Fréquence	Moyenne	Écart Type	Min	Max
<b>Antipsychotiques uniquement :</b>	n=46	1,46	0,55	1	3
<b>Tout traitement confondu :</b>	n=46	2,54	1,26	1	6

**Figure7. Modalité d'administration du traitement à l'issue de la première hospitalisation.**



<sup>1</sup> CMP : Centre Médico Psychologique. <sup>2</sup> HDJ : Hôpital de Jour.

<sup>14</sup> Les antipsychotiques de première (AP1G) et de deuxième génération (AP2G) sont précisés en Annexe.

<sup>15</sup> APAP : Antipsychotique d'Action Prolongée. Forme retard dispensée le plus souvent mensuellement sous forme d'injection intramusculaire.

La mise en place d'un projet de soins sur le secteur était prédominante (n= 45 patients soit 95,74%). Ce suivi mobilisait majoritairement deux structures (ou plus) par patient (n=24 soit 52,17%) (cf. Tableau 9). Pour plus d'un quart des patients (n=12 soit 26,08%), un programme de soins (PDS) était mis en place à l'issue de cette première hospitalisation. Sa durée moyenne était de m=87,25 jours ( $\sigma=87,52$  jours). L'absence de médecin traitant (MT) associé à la poursuite de la PEC extrahospitalière était importante (26 patients soit 56,52%). Ce qui était associé à une rechute à un an ( $\chi^2$  3,409 à 1ddl ; p=0,06 ; V de Cramer 0,272). La poursuite d'une PEC sociale soutenue sur le secteur était nécessaire pour 17 patients (soit 36,96%). Celle-ci était associée à une rechute à un an ( $\chi^2=6,870$  à 1ddl ; p=0,009, V de Cramer 0,386).

**Tableau 9. Projet de soins personnalisé : nombre et type de structure mobilisée après la première hospitalisation.**

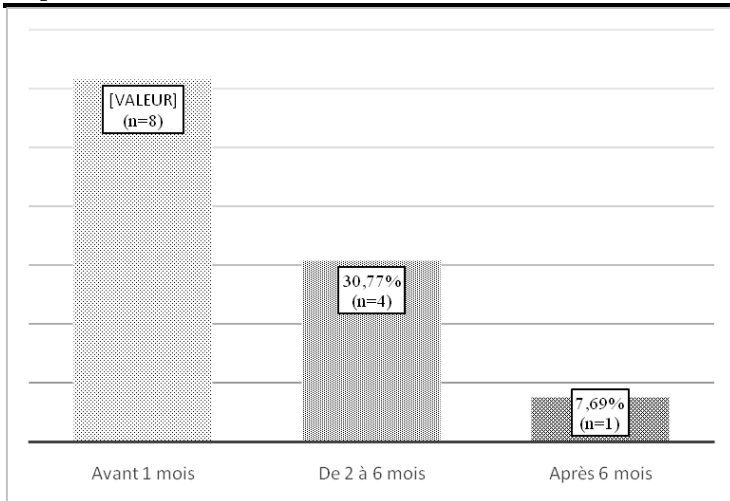
		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage cumulé
<b>Nombre de structures<sup>1</sup> :</b>	Une	21	45,65 %	45,65 %
	Deux	16	34,78 %	80,43 %
	Trois ou plus	8	17,39 %	97,83 <sup>2</sup> %
	Autre (suivi libéral seul)	1	2,17 %	100 %
	Total	46	100 %	
<b>Type de structure :</b>	Suivi au CMP <sup>2</sup>	41	89,13 %	
	HDJ <sup>3</sup>	18	39,13 %	
	CATTP <sup>4</sup>	12	29,09%	
	Relais en soins de suite	5	10,87 %	
	Autre (libéral)	5	10,87 %	

<sup>1</sup>Sur le secteur. <sup>2</sup>Résultat arrondi à la décimale supérieure <sup>3</sup>CMP : Centre Médico Psychologique. <sup>4</sup>HDJ : Hôpital de Jour. <sup>5</sup>CATTP : Centre d'Activité Thérapeutique à Temps Partiel.

#### Suivi après le PEP :

La majorité des réhospitalisations pour rechute avait lieu lors des 6 premiers mois (n=16, m=166,75 jours et médiane=158 jours ;  $\sigma=128,72$  jours ; min=15, max=415 jours). Le délai moyen entre les premiers signes de rechute notés et une réhospitalisation était court (m=15,19 jours,  $\sigma=27,309$  jours ; min=0, max= 87 jours). Onze patients (soit 68,75% valide) avaient bénéficié d'une hospitalisation sans délai depuis le CMP. Trente-trois patients (soit 71,74%) ont poursuivi leur traitement sans discontinuation. L'arrêt des traitements était le plus souvent précoce (cf. Figure 7) et associé à une rechute dans l'année (Fisher p=0,021 ; V de Cramer 0,036).

**Figure 7. Délais de rupture du traitement après sortie de la première hospitalisation<sup>1</sup>.**



<sup>1</sup>Concernant les n=13 patients en rupture de traitement.

### Critères d'ouverture

Des **effets indésirables** touchaient plus d'un quart des patients après leur première hospitalisation (n=13 patients soit 28,26%). Leur présence était associée à une rechute à un an (Fisher p=0,021 ; V de Cramer 0,353). Neuf patients (soit 19,56%) restaient dans le déni des troubles à l'issue de leur première hospitalisation. Ce qui était associé à une rechute à un an (Fisher p=0,034 ; V de Cramer 0,330). Un vécu de persécution des soins n'était présent que chez 3 patients (soit 6,52%).



## Discussion

L'étude des facteurs prédictifs de rechute après un PEP reste complexe. Une faible prévalence<sup>(8,10,11,33)</sup>, une définition non consensuelle<sup>(4)</sup> et une théorisation plurifactorielle favorisent la multiplication des critères analysés (jusqu'à 105 dans la plus récente méta-analyse<sup>(21)</sup>). Ces limitations communes ont été prises en compte dans le design de cette étude permettant de retrouver une prévalence de rechute modérée comparable aux résultats de la littérature<sup>(6,21)</sup>.

L'échantillon étudié partage des similitudes sociodémographiques avec la littérature étudiée<sup>(24)</sup>. La prédominance masculine fréquemment rapportée et variable selon les études<sup>(34)</sup>, est retrouvée ici de manière pondérée et sans impact manifeste sur une rechute à un an. En accord avec la problématique, l'âge moyen est précoce mais dans la norme supérieure des dernières méta-analyses (26,7 ans contre 23,3 à 26,3)<sup>(21,31)</sup>. Cette différence pose la question d'une surreprésentation de patient à haut niveau de scolarité, ce qui peut témoigner d'un meilleur fonctionnement prémorbide retardant ainsi le PEP. Cette surreprésentation reflète le territoire : présence de la Cité Universitaire et des foyers d'étudiants. Une DUP plus élevée (8,45 ans vs 7,6 ans)<sup>(35)</sup> est retrouvée par rapport aux différentes études, reflétant l'absence de détection précoce chez les patients hospitalisés sans consentement et le retard d'accès aux soins. Le fait que le secteur se trouve à proximité d'un service universitaire très orienté sur les premiers épisodes (C'JAAD service du professeur Gaillard) et le service adolescent de l'Institut Mutualiste Montsouris explique qu'une partie du recrutement de patients du territoire moins symptomatiques, plus jeunes, avec une DUP moins longue soit pris en charge par ces dernières structures.

Le but de cette étude était de mettre en évidence des facteurs prédictifs de rechute un an après un PEP. En réponse au critère de jugement primaire, nous retrouvons des particularités dans le projet de soin initial qui sont significativement associées à une rechute à un an.

- Ainsi nos résultats confirment l'importance d'associer le MT à la PEC. La coordination des soins psychiatriques avec le médecin traitant est particulièrement recommandée dans les PIP<sup>(9,36)</sup>. Cependant, malgré son importance peu d'études francophones s'intéressent à ce sujet si ce n'est pour expliciter un manque de coopération entre soins psychiatriques et MT qui reste à développer<sup>(37,38)</sup>. Un manque de suivi médical général peut également s'expliquer par le fait du faible niveau social des patients sans mutuelle qui ne vont pas consulter en dehors du circuit des urgences, du moment particulier qu'est l'entrée dans les soins quel qu'ils soient chez des patients sans antécédents, et de l'âge des patients

de l'étude.

- La littérature remet en question la valeur prédictive des caractéristiques sociales prémorbides sur les rechutes après un PEP<sup>(6,21)</sup>, conclusion partagée par cette étude. Paradoxalement, la mise en évidence ici d'une association entre rechute et mise en place d'un suivi social soutenu interpelle. Ce résultat inattendu pourrait témoigner d'une confusion avec les conséquences sur le fonctionnement social d'un mauvais ajustement prémorbide insidieux. Ce questionnement est en accord avec la littérature qui décrit la précocité des troubles cognitifs et leur impact dans les troubles psychotiques, notamment en cas de retard d'accès aux soins<sup>(25,27,28)</sup>. Ce résultat pourrait donc témoigner d'une PEC adaptée aux cas plus sévères, nécessitant un accompagnement intensif à la réinsertion sociale que ce soit par la reprise des études, d'un travail ou encore pour obtenir une solution d'hébergement. Il pourrait également questionner l'existence de facteurs sociaux à risque non documentés.
- La non-observance du traitement est un facteur prédictif majeur de rechutes<sup>(23,24)</sup>. Ce que nous retrouvons de manière significative, malgré la fréquence d'une aide à la délivrance et du recours aux APAP. La présence d'effets indésirables et la poursuite d'un déni des troubles à l'issue de l'épisode index peuvent impacter l'observance thérapeutique<sup>(23)</sup>. Deux critères qui sont ici significativement associés à une rechute à un an. Les dernières recommandations internationales<sup>(8-11,33)</sup> préconisent une monothérapie AP à dose minimale efficace, mais il s'agit de patients moins symptomatiques et qui ne sont pas en soins sans consentement. L'importance d'une éducation thérapeutique associée y est également recommandée, particulièrement pour éviter un arrêt prématuré des traitements lors du rétablissement. En effet les patients peuvent assimiler à tort leurs difficultés cognitives aux traitements et non à la maladie. Cette éducation n'était pas formalisée au moment de notre recherche, rendant son étude impossible.

En réponse au critère de jugement secondaire, nous retrouvons des particularités dans les caractéristiques du fonctionnement prémorbide des patients associés à une rechute à un an.

- La littérature anglo-saxonne retrouve chez les patients migrants une difficulté d'accès aux soins, favorisant les rechutes<sup>(39)</sup>. Nos résultats coïncident et pourraient également expliquer un DUP élevé face à une prévalence importante de cette problématique dans l'échantillon.
- La précarité dont l'absence d'emploi est décrite dans la littérature comme un facteur de risque<sup>(6,21)</sup>. Paradoxalement, la poursuite d'un emploi au moment du PEP est ici associée à une rechute à un an ce qui peut s'expliquer par la vulnérabilité au stress<sup>(40)</sup> de ces patients et un vécu stigmatisant<sup>(18)</sup> renforcé par le milieu professionnel. Là encore un levier par le biais de la psycho éducation, le travail axé sur le rétablissement à réaliser avec les soignants est

important pour aider à la réinsertion de ces jeunes patients.

- La littérature retrouve une entrée fréquente dans les troubles par une période dépressive initiale<sup>(41)</sup>, associée aux troubles cognitifs<sup>(42)</sup> vécus douloureusement par les patients. Cette période est associée à un risque suicidaire accru par le défaut d'insight<sup>(43)</sup> et se poursuit plusieurs années au-delà du PEP. Malgré leur prévalence et leur impact délétère<sup>(17,20)</sup>, les antécédents suicidaires n'apparaissent pas directement dans la littérature comme étant des facteurs prédictifs de rechute. Nous retrouvons ici une association entre les conduites autolytiques et une rechute à un an. L'intégration des conduites scarificatrices pourrait expliquer ce résultat, soulevant un questionnement plus global que les conduites suicidaires seules.
- L'usage de cannabis est un facteur prédictif reconnu de rechute précoce après un PEP avec arrêt prématuré des traitements, une mauvaise observance aux soins<sup>(26)</sup>. Étonnamment, ce résultat n'apparaît pas significatif dans cette étude. Néanmoins, la prévalence importante et majoritairement pluriquotidienne des consommations ici pose la question d'un biais de confusion.

Une des forces de cette étude est son respect des derniers Guidelines internationaux<sup>(8-11)</sup> et la prise en compte des résultats des méta analyses récentes<sup>(5,6,21,31,32,34,39)</sup> comme ceux prometteurs des PIP. L'inclusion de tous les PEP hospitalisés sur la période d'inclusion limite les biais de recrutement et d'échantillonnage. La prise en compte des troubles de l'humeur d'expression psychotique permet une approche plus globale des PEP et d'inclure des patients à risque d'évolution psychotique. Le design de l'étude permet de répondre significativement aux critères de jugement principal et secondaire. Par ailleurs, peu d'études intègrent autant de critères d'analyse à l'exception des méta-analyses.

Cette étude partage les mêmes limites que les études rétrospectives sur dossier<sup>(44)</sup>. Ainsi, un biais de mesure reste possible, l'extraction de données sur dossier peut favoriser une perte d'information comme une variabilité interjuge. Cependant l'utilisation du dossier informatisé et d'un outil de saisie semi-automatisé limitent ces pertes d'informations. Le peu de données manquantes pondère ces biais. En accord avec la littérature, notre effectif est modéré<sup>(6,21)</sup>, mais suffisant à l'application des tests statistiques prévus. De même, les PDV sont élevés (32,61% contre 77,1% au maximum<sup>(21)</sup>). Les critères d'inclusion ont été prévus de manière à limiter les pertes sans impacter la durée moyenne de suivi. Décrit dans la littérature<sup>(44)</sup> un biais d'effet centre est probable de par l'organisation sectorielle de la psychiatrie en France, et la structure même du secteur parisien couvert.

## Conclusion

Cette étude souligne des particularités modifiables dans le projet de soin qui peuvent éviter une rechute précoce. Ainsi, la coordination pluridisciplinaire et le suivi social sont à considérer avec attention. Le suivi généraliste apparaît capital, tant pour la continuité des soins que pour prévenir les comorbidités organiques fréquentes. Depuis cette étude et par la mise en place des lettres de liaison, la coordination avec médecin traitant se développe davantage sans pour autant associer formellement le MG. Le lien sur le territoire avec les maisons de santé et les réseaux de généralistes pourrait favoriser l'association aux soins du médecin généraliste. Le dépistage systématique et approfondi de difficultés sociales, le bilan éducatif du patient au décours de la crise avec l'équipe soignante et sociale, le projet de soins individualisé apparaissent tout aussi importants. Ils permettent d'agir précocement sur des situations de précarité sous-estimées, sources de stress qui favorisent les rechutes<sup>(40)</sup>.

L'objectif des prises en charge coordonnées avec le médecin généraliste, les structures d'aval de secteur, les centres ressources et le médico-social sont d'accompagner le patient vers le rétablissement, et d'éviter la stigmatisation. La prise de conscience des équipes soignantes de l'intérêt de travailler en partenariat apparaît donc essentielle. Ainsi, une coordination au-delà du traitement de la crise, avec une organisation plurimodale coordonnée précoce dès les PEP serait pertinente. Avec la multiplication des intervenants formés et une meilleure transmission de l'information. Cette organisation permettrait de lutter activement contre les rechutes après un PEP et d'espérer une évolution moins délétère pour le patient. À ce titre, des guides destinés aux professionnels existent pour faciliter le déploiement de ce type de PEC spécialisées<sup>(10,45,46)</sup>, encore peu répandues en France malgré leurs perspectives d'avenir.

## Références

1. Power P. Outcome and recovery in first-episode psychosis. *Br J Psychiatry*. Cambridge University Press.2018; 2;211(06):331–3.
2. Keshavan MS, Kaneko Y. Secondary psychoses: an update. *World Psychiatry*. 2013;12(1):4–15.
3. Targum SD. Neuroendocrine dysfunction in schizophreniform disorder: correlation with six-month clinical outcome. *Am J of Psychiatry*. 1983;140(3):309-13.
4. Peters K. Evolution of the concept of First Episode Psychosis (FEP): Where it began and where it stands. Royal College of Psychiatrists [Internet]. 2018. [Cité le 23 aout 2018] Disponible sur :<https://www.rcpsych.ac.uk/workinpsychiatry/divisions/trent/newsletters-trent/newsletter-winter2016/fep.aspx>
5. Fusar-Poli P, Cappucciati M, Rutigliano G, Heslin M, Stahl D, Brittenden Z, et al. Diagnostic stability of ICD/DSM First Episode Psychosis diagnoses: Meta-analysis. *Schizophrenia Bulletin*.2016;42(6):1395–9.
6. Alvarez-Jimenez M, Priede A, Hetrick SE, Bendall S, Killackey E, Parker AG, et al. Risk factors for relapse following treatment for first episode psychosis: A systematic review and meta-analysis of longitudinal studies. *Schizophrenia Research*. 2012;139(1-3):116–28.
7. Bertelsen M, Jeppesen P, Petersen L, Thorup A, Hlenschlæger J, Quach PL, et al. Suicidal behaviour and mortality in first-episode psychosis: The OPUS trial. *Br J Psychiatry*. 2018;191(S51):s140–6.
8. International Early Psychosis Association Writing Group. International clinical practice guidelines for early psychosis. *Br J Psychiatry*. 2018;187(S48):s120–4.
9. Galletly C, Castle D, Dark F, Humberstone V, Jablensky A, Killackey E, et al. Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists clinical practice guidelines for the management of schizophrenia and related disorders. 2nd ed. *Aust N Z J Psychiatry*. 2016;50(5):410–72.
10. NICE. Implementing the Early Intervention in Psychosis Access and Waiting Time Standard: Guidance. NICE clinical guideline [Internet]. 2018. [Cité le 23 aout 2018] Disponible sur : <https://www.england.nhs.uk/mentalhealth/wp-content/uploads/sites/29/2016/04/eip-guidance.pdf>
11. Early Psychosis Guidelines Writing Group. Australian Clinical Guidelines for Early Psychosis, 2nd edition: A Brief Summary for Practitioners. [Internet]. 2010. [Cité le 23 aout 2018] Disponible sur :[https://www.ranzcp.org/Files/Resources/Publications/CPG/Clinical-Guidelines-for-Early-Psychosis\\_A-Summary.aspx](https://www.ranzcp.org/Files/Resources/Publications/CPG/Clinical-Guidelines-for-Early-Psychosis_A-Summary.aspx)
12. Rosenheck R, Leslie D, Sint K, Lin H, Robinson DG, Schooler NR, et al. Cost-Effectiveness of Comprehensive, Integrated Care for First Episode Psychosis in the NIMH RAISE Early Treatment Program. *Schizophrenia Bulletin*. 2016;42(4):896–20.
13. Kane JM, Schooler NR, Marcy P, Correll CU, Brunette MF, Mueser KT, et al. The RAISE early treatment program for first-episode psychosis: Background, rationale, and study design. *J Clin Psychiatry*. 2015;76(3):240–6.
14. McGorry PD. Early Intervention in Psychosis. *The Journal of Nervous and Mental Disease*. 2015;203(5):310–8.
15. Mueser KT, Penn DL, Addington J, Brunette MF, Gingerich S, Glynn SM' et al. The NAVIGATE program for first-episode psychosis: rationale, overview, and description of psychosocial components. *Am Psychiatric Assoc*. 2015;66(7):680-10.

16. Tessier A, Boyer L, Husky M, Baylé F, Llorca P-M, Misdrahi D. Medication adherence in schizophrenia: The role of insight, therapeutic alliance and perceived trauma associated with psychiatric care. *Psychiatry Research*. 2017;257:315–6.
17. Ayesa-Arriola R, Alcaraz EG, Hernández BV, Pérez-Iglesias R, López Moríñigo JD, Duta R, et al. Suicidal behaviour in first-episode non-affective psychosis: Specific risk periods and stage-related factors. *EurNeuropsychopharmacol*. 2015;25(12):2278–10.
18. Daumerie N, Bacle SV, Giordana JY, Mannone CB, Caria A, Roelandt JL. La discrimination vécue par les personnes ayant reçu un diagnostic de troubles schizophréniques : Premiers résultats français de l'étude INDIGO. *L'Encephale*. 2012;38(3):224–7.
19. Casey D, Brown L, Gajwani R, Islam Z, Jasani R, Parsons H, et al. Predictors of engagement in first-episode psychosis. *Schizophrenia Research*. 2016;175(1-3):204–8.
20. Thomas P. Les rechutes : causes et conséquences. *L'Encephale*. 2013;39:S79–3.
21. Santesteban-Echarri O, Paino M, Rice S, González-Blanch C, McGorry P, Gleeson J, et al. Predictors of functional recovery in first-episode psychosis: A systematic review and meta-analysis of longitudinal studies. *Clinical Psychology Review*. 2017;58:59–16.
22. American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. 5th ed. Washington, DC: APA. 2013.
23. Doyle R, Turner N, Fanning F, Brennan D, Renwick L, Lawlor E, et al. First-Episode Psychosis and Disengagement From Treatment: A Systematic Review. *PsychiatrServ*. 2014;65(5):603–11.
24. Caseiro O, Pérez-Iglesias R, Mata I, Martínez-García O, Pelayo-Terán JM, Tabares-Seisdedos R, et al. Predicting relapse after a first episode of non-affective psychosis: A three-year follow-up study. *Journal of Psychiatric Research*. 2012;46(8):1099–6.
25. Malla A, Norman RM, Manchanda R, Ahmed MR, Scholten D, Harricharan R, et al. One year outcome in first episode psychosis: influence of DUP and other predictors. *Schizophrenia Research*. 2002;54(3):231–11.
26. Myles H, Myles N, Large M. Cannabis use in first episode psychosis: Meta-analysis of prevalence, and the time course of initiation and continued use. *Aust N Z J Psychiatry*. 2016;50(3):208–11.
27. Mezquida G, Cabrera B, Bioque M, Amoretti S, Lobo A, González-Pinto A, et al. The course of negative symptoms in first-episode schizophrenia and its predictors: A prospective two-year follow-up study. *Schizophrenia Research*. 2017;189:84–7.
28. Krebs MO. Les symptômes non spécifiques de la transition psychotique. *L'Encephale*. 2011;37(S4):10–4.
29. Austin SF, Mors O, Secher RG, Hjorthøj CR, Albert N, Bertelsen M, et al. Predictors of recovery in first episode psychosis: The OPUS cohort at 10year follow-up. *Schizophrenia Research*. 2013;150(1):163–8.
30. White C, Stirling J, Hopkins R, Morris J, Montague L, Tantam D, et al. Predictors of 10-year outcome of first-episode psychosis. *Psychological Medicine*. 2009;39(09):1447–10.
31. Lally J, Ajnakina O, Stubbs B, Cullinane M, Murphy KC, Gaughran F, et al. Remission and recovery from first-episode psychosis in adults: A systematic review and meta-analysis of long-term outcome studies. *European Psychiatry*. 2017;211(6):350–8.
32. Alvarez-Jimenez M, Parker AG, Hetrick SE, McGorry PD, Gleeson JF. Preventing the Second Episode: A Systematic Review and Meta-analysis of Psychosocial and Pharmacological Trials in First-Episode psychosis. *Schizophrenia Bulletin*. 2009;37(3):619–11.



33. Keating D, McWilliams S, Schneider I, Hynes C, Cousins G, Strawbridge J, et al. Pharmacological guidelines for schizophrenia: a systematic review and comparison of recommendations for the first episode. *BMJ Open*. British Medical Journal Publishing Group. 2017;7(1):e013881–10.
34. Cascio MT, Cella M, Preti A, Meneghelli A, Cocchi A. Gender and duration of untreated psychosis: a systematic review and meta-analysis. *Early Intervention in Psychiatry*. 2012;6(2):115–12.
35. Lenzi J, Iozzino L, De Girolamo G, Rucci P, Tosato S, Lasalvia A, et al. Predictors of 9-month hospitalization in patients with first-episode affective and non-affective psychosis. Results from the GET UP pragmatic cluster randomized controlled trial. *Schizophrenia Research*. 2017;190:1–2.
36. NICE. Psychosis and schizophrenia in children and young people: recognition and management. NICE clinical guideline. [Internet] 2013. [Cité le 23 aout 2018] Disponible sur : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK299073/>
37. Centre de Preuves en Psychiatrie et en Santé Mentale [Rapport] Données de preuves en vue d'améliorer le parcours de soins et de vie des personnes présentant un handicap psychique sous tendu par un trouble schizophrénique. [Internet] 2015 [Cité le 23 aout 2018]. Disponible sur : <http://promesses-sz.fr/files/9/divers/32/57caec0c52944.pdf>
38. Hardy-Baylé M-C, Younès N. Comment améliorer la coopération entre médecins généralistes et psychiatres ? *L'information psychiatrique*. John Libbey Eurotext; 2014;90(5):359–14.
39. Anderson KK, Flora N, Archie S, Morgan C, McKenzie K. A meta-analysis of ethnic differences in pathways to care at the first episode of psychosis. *Acta Psychiatr Scand*. 2014;130(4):257–11.
40. Gajsak LR, Gelemanovic A, Kuzman MR, Puljak L. Impact of stress response in development of first-episode psychosis in schizophrenia: An overview of systematic reviews. *Psychiatr Danub*. 2017;29(1):14–9.
41. Sanchez-Gistau V, Baeza I, Arango C, González-Pinto A, la Serna de E, Parellada M, et al. The affective dimension of early-onset psychosis and its relationship with suicide. *J Child Psychol Psychiatry*. 2015;56(7):747–8.
42. López-Morínigo JD, Wiffen B, O'Connor J, Dutta R, Di Forti M, Murray RM, et al. Insight and suicidality in first-episode psychosis: understanding the influence of suicidal history on insight dimensions at first presentation. *Early Intervention in Psychiatry*. 2014;8(2):113–8.
43. Ayesa-Arriola R, Terán JMP, Morínigo JDL, Rivero MC, Setién-Suero E, Al-Halabi S, et al. The dynamic relationship between insight and suicidal behavior in first episode psychosis patients over 3-year follow-up. *Eur Neuropsychopharmacol*. 2018;44(S1):S374-1
44. AHRQ. Assessing Risk of Bias Confounding in Observational studies of Interventions of Exposures: Further Development of the RTI Item Bank. Agency for Healthcare Research and Quality. [Internet] 2013. [Cité le 23 aout 2018] Disponiblesur : [https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmedhealth/PMH0077443/pdf/PubMedHealth\\_PMH0077443.pdf](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmedhealth/PMH0077443/pdf/PubMedHealth_PMH0077443.pdf)
45. NAMI. First Episode Psychosis Programs: A Guide to State Expansion. National Alliance on Mental Illness. [Internet] 2017. [Cité le 23 aout 2018] Disponible sur : <https://www.nami.org/getattachment/Extranet/Advocacy/FEP-State-Advocacy-Toolkit/FEP-State-Advocacy-Guide.pdf>
46. Mental Health Evaluation and Community Consultation Unit Department of Psychiatry. Early Psychosis: A Guide for Physicians. [Internet] 2000. [Cité le 23 aout 2018] Disponible sur : [https://www.health.gov.bc.ca/library/publications/year/2000/EarlyPsychosis\\_PhysicianGuide.pdf](https://www.health.gov.bc.ca/library/publications/year/2000/EarlyPsychosis_PhysicianGuide.pdf)

## Annexes

### Annexe1. Liste des diagnostics retenus pour l'inclusion (CIM-10<sup>1</sup>).

Catégories diagnostiques d'inclusion	Code CIM10
1) Schizophrénie, trouble schizotypique et troubles délirants (F20-F29) <sup>2</sup> .	F20 – Schizophrénie F21 – Trouble schizotypique F22 – Trouble délirant persistants F23 – Troubles psychotiques aigus et transitoires F24 – Troubles délirants induits F25 – Troubles schizoaffectifs F28 – Autres troubles psychotiques non organiques F29 – Psychose non organique, sans précision
2) Troubles de l'humeur [affectifs] (F30-F39) <sup>3</sup>	F30.2 – Manie avec symptômes psychotiques F31.2 – Trouble affectif bipolaire, épisode actuel maniaque avec symptômes psychotiques F31.5 – Troubles affectifs bipolaires, épisode actuel de dépression sévère avec symptômes psychotiques F32. 3 – Épisode dépressif sévère avec symptômes psychotiques F33.3 – Trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère avec symptômes psychotiques

<sup>1</sup> CIM-10 : Classification internationale des maladies, 10e version. <sup>2</sup> L'intégralité des catégories diagnostics F20-29 ont été inclus. <sup>3</sup> Seul les catégories diagnostics F30-39 mentionnant des symptômes psychotiques ont été inclus.

### Annexe2. Liste des critères analysés et modalité de saisie.

Critères analysés	Modalités de saisie
<b>1) Caractéristiques de l'échantillon :</b>	
Inclusion	Oui / Non.
Date de d'inclusion (date de première hospitalisation)	Date.
Date de fin de suivi	Date.
Perdus de vue (PDV) <sup>1</sup>	Déménagement / Sans motif / Changement de secteur <sup>2</sup> / Non.
<b>2) Démographie et fonctionnement social initial :</b>	
Âge	Chiffre entier (ans).
Sexe	Masculin / Féminin.
Statut marital	Célibat / Couple / Mariage.
Mode d'hébergement	Personnel / Famille / SDF <sup>3</sup> ou Foyer d'hébergement.
Dernier niveau scolaire	Bac / Licence ou Master / Formation professionnalisant / ND <sup>4</sup> .
Formation en cours au moment du PEP <sup>5</sup>	Oui / Non.
Travail en cours au moment du PEP	Oui / Non.
RSA <sup>6</sup>	Oui / Non.
Couverture de santé à l'admission	Oui / Non.
Isolement social	Oui / Non.
Statut migratoire <sup>7</sup>	1 an / 2 à 4 ans / 5 ans et plus.

<b>3) Antécédents psychiatriques :</b>	
Âge au moment des premiers prodromes <sup>8</sup>	Chiffre entier (ans).
Antécédents autolytiques <sup>9</sup>	Oui / Non.
Antécédent de suivi psychiatrique (mineur)	Oui / Non.
Antécédent de suivi psychologique (mineur)	Oui / Non.
Antécédent de suivi psychiatrique (adulte)	Oui / Non.
Antécédent de suivi psychologique (adulte)	Oui / Non.
Antécédents familiaux	Oui / Non.
Toxique : cannabis	Hebdomadaire ou Épisodique / Quotidien / Pluriquotidien / Non.
Toxique : alcool	Hebdomadaire ou Épisodique / Quotidien / Pluriquotidien / Non.
Toxique : drogues dures <sup>10</sup>	Oui / Non.
Toxiques : poly intoxications <sup>11</sup>	Oui / Non.
<b>4) Caractéristique des hospitalisations</b>	
Nombre d'hospitalisations	Chiffre entier.
Date de la première hospitalisation	Date
Âge à la première hospitalisation	Chiffre entier (ans).
Âge à la seconde hospitalisation	Chiffre entier (ans).
Durée de la première hospitalisation	Chiffre entier / NA <sup>12</sup> .
Durée de la deuxième hospitalisation	Chiffre entier / NA.
Mode d'admission à la première hospitalisation	SL <sup>13</sup> / SPDT <sup>14</sup> / SPDT-U <sup>15</sup> / SPI <sup>16</sup> / SPDRE <sup>17</sup> .
Mode d'admission à la première hospitalisation	SL / SPDT / SPDT-U / SPI / SPDRE / Réintégration de PDS <sup>18</sup> .
Diagnostic <sup>19</sup> retenue à la première hospitalisation	F20-29/ F30-39
Diagnostic retenue à la seconde hospitalisation	F20-29/ F30-39 / F60-69 / NA.
Initiation d'un traitement par Clozapine pendant l'hospitalisation	Oui / Non.
Usage d'ECT <sup>20</sup> pendant la première hospitalisation	Oui / Non.
Introduction d'un APAP <sup>21</sup> lors de la première hospitalisation	Oui / Non.
Entourage présente au moment de la PEC pour PEP	Oui / Non.
Association du MT <sup>22</sup> à la prise en charge	Oui / Non.
<b>5) Traitement et projet de soin à l'issue de la première hospitalisation</b>	
Antipsychotiques de seconde génération (dénomination)	Risperdal / Zyprexa / Abilify / Xeroquel / Solian / Leponex / NA.
Antipsychotiques de seconde génération (dose journalière)	Chiffre entier (mg).
Antipsychotiques de première génération (dénomination)	Tercian / Largactil / Loxapac / Haldol / Clopixol / NA.
Antipsychotiques de première génération (dose journalière)	Chiffre entier (mg).
Antipsychotiques d'action prolongée (dénomination)	Xeplion / Abilify Maintena / Haldol Décanoas / Zypadhera / NA.
Antipsychotiques d'action prolongée (dose journalière)	Chiffre entier (mg).
Thymorégulateurs (dénomination)	Dépakote / Lithium / Lamictal / NA.
Thymorégulateurs (dose journalière).	Chiffre entier (mg).
Antidépresseurs (dénomination)	Déroxat / Norset / Zoloft / NA.
Antidépresseurs (dose journalière)	Chiffre entier (mg).
Benzodiazépines (dénomination)	Valium / Lysanxia / NA.
Benzodiazépines (dose journalière)	Chiffre entier (mg).

Somnifères (dénomination)	Imovane / NA.
Somnifère (dose journalière)	Chiffre entier (mg).
Antihistaminiques (dénomination)	Théralène / NA.
Antihistaminiques (dose journalière)	Chiffre entier (mg).
Antiparkinsoniens (dénominations)	Lepticule / NA.
Antiparkinsoniens (dose journalière)	Chiffre entier (mg).
Programme de soin (PDS)	Oui / Non.
Suivi sur le CMP <sup>23</sup>	Oui / Non.
Activités au sein du CATTP <sup>24</sup>	Oui / Non.
Relais en soins de suite	Oui / Non.
Relais en HDJ <sup>25</sup>	Oui / Non.
Autre modalité de suivi	Oui / Non.
Nombre de structures mobilisées pour le suivi	Chiffre entier.
Modalité de délivrance du traitement	Libre / au CMP / à l'HDJ.
Suivi social sectoriel soutenu <sup>26</sup> depuis le PEP	Oui / Non.
<b>6) Suivi après un PEP</b>	
Durée du PDS	Chiffre entier (ans).
Délai entre premiers signes de rechute et réhospitalisation	Chiffre entier (ans).
Date (estimée <sup>27</sup> ) de rupture du traitement	Date.
Délai entre sortie d'hospitalisation et rupture thérapeutique	Chiffre entier (jours).
Date des premiers signes de rechute dans le dossier	Date
Délai entre premier signe de rechute et réhospitalisation	Chiffre entier (jours)
<b>7) Critères d'ouverture :</b>	
Effets indésirables liés au traitement	Oui / Non.
Déni des troubles à la sortie de la première hospitalisation	Oui / Non
Persécution sur les soins durant la première hospitalisation	Oui / Non
<b>Nombre total des critères analysés :</b>	<b>78</b>

<sup>1</sup>PDV : Perdu de vue. <sup>2</sup>Patients hors secteur au moment de l'admission, accédant à une domiciliation sectorisante à distance du PEP. <sup>3</sup>SDF : Sans domicile fixe. <sup>4</sup>ND : Non déterminé. <sup>5</sup>PEP : Premier épisode psychotique. <sup>6</sup>RSA : Revenu de solidarité active. <sup>7</sup>Au sens d'une mobilité géographique intercontinentale, incluant les DOM-TOM. <sup>8</sup>Les prodromes concernent toutes les premières anomalies imputées aux troubles, incluant les prises toxiques inhabituelles. <sup>9</sup>Définition incluant les tentatives suicidaires et les conduites scarificatrices. <sup>10</sup>Opiacés, amphétamines, produits de synthèse. <sup>11</sup>Définition incluant la consommation tabagique. <sup>12</sup>NA : Non Applicable. <sup>13</sup>SL : Soins libres. <sup>14</sup>SPDT : Soins Psychiatriques à la Demande d'un Tiers. <sup>15</sup>SPDT-U : SPDT en Urgence (un seul certificat médical). <sup>16</sup>SPPI : Soins Psychiatriques sans demande de tiers – en Péril Imminent. <sup>17</sup>SPDRE : Soins Psychiatriques sur Décision du Représentant de l'État. <sup>18</sup>PDS : Programme de soins. <sup>19</sup>Diagnostics selon les définitions du CIM10. <sup>20</sup>ECT : Electroconvulsivothérapie. <sup>21</sup>APAP : Antipsychotique d'action prolongée, à savoir forme retard intramusculaire ici. <sup>22</sup>MT : Médecin traitant. <sup>23</sup>CMP : Centre Médico Psychologique. <sup>24</sup>CATTP : Centre d'activité thérapeutique à temps partiel. <sup>25</sup>HDJ : Hôpital de jour. <sup>26</sup>Tout suivi social dépassant un bilan initial d'hospitalisation, ici défini par plus de 4 interventions par l'assistante sociale pour le patient. <sup>27</sup>Date de la dernière prescription si pas de date d'arrêt clairement explicité.

### **Annexe3. Formulaire d'information et recherche de non-consentement.**

#### **Note d'information au patient**

Identifiant patient : \_\_\_\_\_

*feuille patient*

#### **Etude rétrospective des facteurs associés à la rechute précoce Note d'information**

Madame, Monsieur,

Vous avez été hospitalisé(e) dans le service du docteur Vacheron, à l'hôpital Sainte Anne du \_\_\_\_\_ au \_\_\_\_\_ pour des symptômes aigus. Ce service mène actuellement une étude rétrospective visant à mieux décrire les facteurs de rechute précoce, et ce, afin d'améliorer les pratiques de soins.

Dans le cadre de votre prise en charge, un dossier médical a été constitué à partir de données cliniques, d'observations, des prescriptions médicamenteuses et des résultats d'examens complémentaires.

Pour cette recherche, nous avons besoin de recueillir et d'utiliser ces informations. Ce recueil ne modifiera en rien vos soins et vos traitements.

S'agissant des données qui vous concernent, nous souhaitons au préalable vérifier que vous ne vous opposez pas à l'utilisation de vos données personnelles.

Ces données personnelles seront réunies sur fichier informatique, mis en œuvre conformément à la réglementation informatique et Libertés (du 6 janvier 1978 modifiée) et au règlement européen du 27 avril 2016 (RGPD). Ce fichier sera traité de manière anonyme et confidentielle. Ces données ne seront destinées qu'aux personnes dûment mandatées par le docteur Vacheron. Elles pourront être utilisées pour des recherches ultérieures ou des analyses complémentaires à la présente étude dans des conditions assurant leur confidentialité. Aucun rapport ou publication scientifique issu de ces données ne permettra de vous identifier.

Conformément à la loi du 6 janvier 1978 modifiée, relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, vous disposez d'un droit d'accès, de rectification des informations concernant. Vous pouvez pour cela vous adresser à :

Madame le docteur Vacheron  
Centre Hospitalier Sainte-Anne  
1, rue Cabanis 75014 PARIS

Si vous le souhaitez, vous pouvez librement et sans conséquence vous opposer à l'utilisation de vos données personnelles à des fins de recherche. Il vous suffit pour cela de compléter le formulaire de non opposition, et de nous le remettre en main propre ou de nous l'adresser par courrier (voir encadré).

Sans retour de votre part sous un délai d'un mois, nous considérerons que vous ne vous opposez pas à l'utilisation des données vous concernant.

Vous pourrez également être informés des résultats sur simple demande à l'équipe assurant votre prise en charge.

Si vous souhaitez vous opposer à l'utilisation de données vous concernant, nous vous remercions de bien vouloir **compléter les cadres** ci-dessous et de nous **retourner la partie détachable**.

**Partie à conserver par le patient**

**Formulaire à garder**

**Etude rétrospective des facteurs associés à la rechute précoce**

Nom : \_\_\_\_\_

Prénom : \_\_\_\_\_

J'accepte l'utilisation des données ou informations médicales me concernant pour le projet de recherche expliqué dans la note d'information ci-jointe :

Oui  Non

Date : \_\_/\_\_/\_\_\_\_

Signature :

✂-----

**Partie à adresser à Madame le docteur Vacheron  
Centre Hospitalier Sainte-Anne  
1, rue Cabanis 75014 PARIS**

**Formulaire à retourner**

**Étude rétrospective des facteurs associés à la rechute précoce.**

Nom : \_\_\_\_\_

Prénom : \_\_\_\_\_

J'accepte l'utilisation des données ou informations médicales me concernant pour le projet de recherche expliqué dans la note d'information ci-jointe :

Oui  Non

Date : \_\_/\_\_/\_\_\_\_

Signature :

**Note d'information au tuteur/curateur**

Identifiant patient : \_\_\_\_\_

feuillelet tuteur/curateur

**Note d'information**

À l'attention de Madame, du tuteur/curateur de Madame, Monsieur \_\_\_\_\_,

Votre protégé a été hospitalisé dans le service du docteur Vacheron, à l'hôpital Sainte Anne \_\_\_\_\_ au \_\_\_\_\_ pour un premier épisode aigu.

Le service effectue actuellement une étude rétrospective visant à mieux décrire les facteurs de rechute, et ce, afin d'améliorer les pratiques de soins.

Pour cela, nous avons besoin de certaines informations recueillies par les équipes médicales et soignantes dans le cadre de sa prise en charge dans son dossier médical.

Ces données - réunies sur fichier informatique - seront utilisées à des fins de thèse pour un jeune médecin du service, et de recherche. Ce fichier restera tout à fait anonyme et confidentiel. Ces données pourront être utilisées pour des recherches ultérieures ou des analyses complémentaires à la présente étude dans des conditions assurant leur confidentialité.

La participation à cette étude est entièrement libre et volontaire, ce choix ne modifiant d'aucune manière le suivi du patient. Si vous ne souhaitez pas qu'il participe, il vous suffit de nous l'indiquer.

Conformément à la loi du 6 janvier 1978 modifiée, relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, le patient dispose d'un droit d'accès, de rectification et d'opposition à l'utilisation des données le concernant. Vous pourrez également être informé(e) des résultats de cette étude sur simple demande.

Vous pouvez exercer vos droits et vos demandes à la personne suivante (en précisant le numéro d'identifiant figurant sur ce document) :

Conformément à la loi du 6 janvier 1978 modifiée, relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, votre protégé dispose d'un droit d'accès, de rectification et d'opposition à l'utilisation des données qui le concernent. Vous pourrez également être informé(e) des résultats de cette étude sur simple demande.

Vous pouvez exercer vos droits et vos demandes à la personne suivante (en précisant le numéro d'identifiant figurant sur ce document) :

Madame le docteur Vacheron  
Centre Hospitalier Sainte-Anne  
1, rue Cabanis 75014 PARIS

**Tuteur/curateur**

- J'accepte l'utilisation des données concernant mon (ma) protégé(e)  
 Je m'oppose à la participation de mon protégé au recueil de données le concernant

**Annexe4. Dénomination et dose moyenne des traitements de sortie à la première hospitalisation.**

	Traitement de sortie				Dosage moyen par traitement (mg)			
	Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé	Moyenne	Écart type	Min	Max
<b>Antipsychotiques de deuxième génération :</b>								
Zyprexa	11	23,91%	34,37 %	34,37 %	18,67	5,95	25	5
Risperdal	11	23,91 %	34,37 %	68,74 %	4,68	1,87	1,50	8
Abilify	4	8,70 %	12,50 %	81,26 %	11,25	4,79	5	15
Xeroquel	3	6,52 %	9,38 %	90,64 %	733,33	115,47	600	800
Leponex	2	4,35 %	6,25 %	96,89 %	200	0	200	200
Solian	1	2,17 %	3,13 %	100 %	400	0	400	400
Non	14	30,43 %						
Total	46	100%	100%					
<b>Antipsychotiques de première génération :</b>								
Tercian	7	15,22 %	35,0 %	35,0 %	41,07	18,70	25	75
Largactil	6	13,04 %	30,0 %	65,0 %	66,67	49,16	25	150
Loxapac	5	10,87 %	25,0 %	90,0 %	65	45,41	25	125
Clopixol	1	2,17 %	5,0 %	95,0 %	60	0	60	60
Haldol	1	2,17 %	5,0 %	100 %	17,5	0	17,5	17,5
Non	26	56,52 %						
Total	46	100 %	100%					
<b>Antipsychotiques d'action prolongée :</b>								
Xeplion	7	15,22 %	46,67%	46,67 %	110,71	28,35	75	150
Abilify Maintena	4	8,70 %	26,67 %	73,34 %	400	0	400	400
Haldol Décanoas	3	6,52 %	20,0 %	93,34 %	250	50	200	300
Zypadhera	1	2,17 %	6,66 %	100 %	300	0	300	300
Non	31	67,39 %						
Total	46	100 %	100%					
<b>Traitements thymorégulateurs :</b>								
Dépakote	7	15,22 %	77,78 %	77,78 %	821,43	345,03	500	1500
Lithium	1	2,17 %	11,11 %	88,89%	1000	0	1000	1000
Lamictal	1	2,17 %	11,11 %	100 %	100	0	100	100
Non	37	80,44 %						
Total	46	100 %	100%					
<b>Traitements anxiolytiques :</b>								
Valium	11	23,91 %	91,67 %	91,67 %	10,45	6,79	2	20
Lysanxia	1	2,17 %	8,33 %	100 %	20	0	20	20
Non	34	73,91 %						
Total	46	100 %	100%					



<b>Traitements antidépresseurs :</b>									
Déroxat	3	6,52 %	60,0 %	60,0 %	20	0	20	20	
Norset	2	4,35 %	40,0 %	80,0 %	20	14,14	10	30	
Zoloft	1	2,17 %	20,0 %	100 %	100	0	100	100	
Non	40	86,96 %							
Total	46	100 %	100%						
<b>Traitements somnifères :</b>									
Imovane	5	10,87 %	50,0 %	50,0 %	7,5	0	7,5	7,5	
Théralène	5	10,87 %	50,0 %	100 %	25	5	20	30	
Non	36	78,26 %							
Total	46	100 %	100%						
<b>Traitement correcteur (antiparkinsonien) :</b>									
Lepticur	15	32,61 %	100 %	100 %	14,0	6,32	10	30	
Non	31	67,39 %							
Total	46	100 %							

## Serment d'Hippocrate

Au moment d'être admis à exercer la médecine, en présence des maîtres de cette école et de mes condisciples, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité qui la régissent.

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

Même sous la contrainte, je ne ferai usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients de 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 leurs consciences.

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera.

Je ne me laisserai influencer ni par la recherche du gain ni par la recherche de la gloire.

Admis dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me sont confiés. Reçu 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, sans acharnement.

Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission.

Que je sois modéré en tout, mais insatiable de mon amour de la science.

Je n'entreprendrai rien qui ne 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 et méprisé si j'y manque.

Annexe B

**UNIVERSITE DES ANTILLES  
FACULTE DE MEDECINE HYACINTHE BASTARAUD**

**DEMANDE D'IMPRIMATUR**

Thèse pour obtenir le grade de *Docteur en Médecine*  
(Spécialité - Médecine Spécialisée)

Présentée par : Mr HUBAT Maxime

Né(e) le

Département :

A :

Pays : /

Et

Intitulée : *Facteurs prédictifs d'une rechute à un an chez une cohorte de patients hospitalisés pour un premier épisode psychotique sur un secteur parisien*

Jury proposé

Président : Mr le Professeur JEHEL Louis

Juges : Mr le professeur CABIE André

Mr le Professeur FARID Karim

Mme Le Docteur VACHERON Marie-Noëlle

Vu Fort de France, le 04/09/2018 Le Président de Thèse <div style="text-align: center; margin: 10px 0;">  </div> Professeur Louis JEHEL	Pour accord Pointe-À-Pitre, le Le Doyen de la Faculté de Médecine  Professeur Raymond CESAIRE
<b>AUTORISE A SOUTENIR ET A IMPRIMER LA THESE</b>  Pointe-À-Pitre, le .....  Le président de l'Université des Antilles  Professeur Eustase JANKY	

(1) Cet imprimé doit être obligatoirement dactylographié

**NOM ET PRENOM :** HUBAT Maxime

**SUJET DE LA THESE :** FACTEURS PRÉDICTIFS D'UNE RECHUTE À UN AN CHEZ UNE COHORTE DE PATIENTS HOSPITALISÉS POUR UN PREMIER ÉPISODE PSYCHOTIQUE SUR UN SECTEUR PARISIEN

THESE : MEDECINE

Qualification : Médecine Générale

Médecine Spécialisée

**ANNEE :** 2018

**NUMERO D'IDENTIFICATION :** 2018ANTI0309

**MOTS CLEFS :** PREMIER EPISODE PSYCHOTIQUE, FACTEUR PREDICTIF, RECHUTE.

**RÉSUMÉ :** Cette étude de cohorte rétrospective sur un secteur parisien a pour but de retrouver des facteurs prédictifs de rechutes dans l'année suivant un premier épisode psychotique. Survenant brutalement à l'adolescence ou au début de l'âge adulte, les conséquences sont lourdes pour le patient. Chaque rechute du trouble sous-jacent aggrave le pronostic au long court comme les comorbidités associées, incluant le risque suicidaire et l'isolement social. Le critère de jugement primaire était la recherche de caractéristiques dans le projet de soin associé à une rechute à un an. Le critère de jugement secondaire était la recherche de caractéristiques dans le fonctionnement prémorbide associées à une rechute à un an. Pour répondre à ces questions, de nombreux critères d'analyse ont été observés sur un échantillon de 46 patients présentant un premier épisode et suivis sur une période minimale d'un an. Les principaux résultats de cette étude sont : la majoration du risque de rechute à un an lorsque le patient n'a pas de médecin traitant associé à son projet de soin, un risque de rechute majoré dès lors qu'un suivi social soutenu sur le secteur est nécessaire. Ces résultats originaux sont en accord avec la littérature qui considère une période d'évolution prémorbide insidieuse préalable, associée à des difficultés cognitives impactant sur le fonctionnement social. Pour prévenir ces facteurs de risque, un projet de soin précoce, coordonné et spécialisé est nécessaire. Ceci dans le but de coordination entre les différents acteurs de la prise en charge, incluant le médecin traitant et les structures médico-sociales. Ce type de prise en charge s'inspire des Programmes d'Intervention Précoce, aux résultats prometteurs sur l'évolution au long court des troubles, mais encore peu développés en France.

**JURRY :** Président : M Professeur JEHEL Louis

Juges : M Professeur CABIE André  
M Professeur FARID Karim  
Mme Docteur VACHERON Marie-Noëlle