



HAL
open science

Place de la médecine générale dans le repérage précoce des sujets à haut risque de schizophrénie

Alexandre Demarcy

► **To cite this version:**

Alexandre Demarcy. Place de la médecine générale dans le repérage précoce des sujets à haut risque de schizophrénie. Psychiatrie et santé mentale. 2018. dumas-02082217

HAL Id: dumas-02082217

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02082217>

Submitted on 28 Mar 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 DE PICARDIE JULES VERNE

Faculté de médecine d'Amiens

Année 2018

N° 2018 – 90

Place de la médecine générale dans
le repérage précoce des sujets à haut risque
de schizophrénie

THESE POUR LE DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN PSYCHIATRIE

PRESENTEE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT

LE MERCREDI 12 SEPTEMBRE 2018

Par Alexandre DEMARCY

Président de jury : Monsieur le Professeur DERVAUX Alain

Membres du jury : Monsieur le Professeur ANDREJAK Michel

Monsieur le Professeur FARDELLONE Patrice

Monsieur le Professeur DESABLENS Bernard

Madame le Professeur ANDREJAK Claire

Directeur de thèse : Monsieur le Docteur MATSAR Mehmet

A mon président de jury,

Monsieur le Professeur Alain Dervaux
Professeur des Universités-Praticien Hospitalier
(Psychiatrie adultes)

Vous me faites l'honneur de présider ce jury,
Recevez mes sincères remerciements et le témoignage de ma profonde considération.

A mes juges,

Monsieur le Professeur ANDREJAK (invité d'honneur)

Professeur des Universités-Praticien Hospitalier consultant

(Pharmacologie fondamentale clinique)

Ancien Directeur du Centre Régional de Pharmacovigilance d'AMIENS

Ancien Responsable du service de pharmacologie clinique

Pôle Biologie, Pharmacie et Santé des populations

Officier dans l'Ordre des Palmes Académiques

Vous me faites l'honneur de juger ce travail,

Soyez assuré de mon profond respect.

Monsieur le Professeur Patrice FARDELLONE

Professeur des Universités-Praticien Hospitalier

(Rhumatologie)

Chef du service de Rhumatologie

Pôle « Autonomie »

Vous me faites l'honneur d'examiner ce travail,

Recevez à cette occasion mes sincères remerciements.

Monsieur le Professeur Bernard DESABLENS

Professeur des Universités-Praticien Hospitalier

Hématologie – Transfusion

Service d'hématologie clinique et thérapie cellulaire

Vous me faites l'honneur de siéger parmi les membres de ce jury,
Veuillez trouver ici le témoignage de ma plus grande reconnaissance.

Madame le Professeur Claire ANDREJAK

Professeur des Universités-Praticien Hospitalier

(Pneumologie)

Je vous remercie de me faire l'honneur de participer à mon jury de thèse.

Veillez croire, Madame le Professeur, le témoignage de mon profond respect.

A mon directeur de thèse,

Monsieur le Docteur Mehmet MATSAR

Psychiatre

Je te remercie chaleureusement de m'avoir fait l'honneur de diriger ma thèse.

Tu es un excellent pédagogue et m'as transmis ta passion de la psychiatrie au cours de mon semestre effectué dans ton service.

Je te remercie pour toutes nos discussions enrichissantes.

REMERCIEMENTS

J'adresse en premier lieu, mes remerciements à ma femme, Audrey. Cela fait 7 ans que je partage ma vie avec toi. Il est loin le temps de notre rencontre sur les bancs de la faculté de médecine, encore jeunes étudiants avec plein de projets en tête. Aujourd'hui tous ces projets communs se concrétisent pour mon plus grand bonheur. Merci pour tous ces moments partagés et ceux à venir.

Je remercie mes parents pour leur soutien tout au long de mes études. Vous avez su me transmettre la volonté de toujours aller de l'avant. Merci d'être présent à mes côtés.

A mon frère, Jérémy, et ma belle-sœur, Carmen, merci pour les moments que nous partageons. J'ai toujours un pincement au cœur de te voir repartir en bas de la France pour ton travail.

A mes grands-parents, et en particulier à ma « mémère » merci pour votre amour et les moments de longues discussions enrichissantes où vous me racontiez la vie d'avant. J'espère que vous êtes fier de moi là où vous êtes.

A mes beaux-parents, merci pour l'accueil dans votre grande famille. Merci à Moumoune et Poupoune pour le partage de votre chaleureuse culture espagnole et pour ces dimanches en famille où l'on se régale devant une succulente paella.

A mes beaux-frères et belles sœurs, Sandrine, Anthony, Johann, Lulu et Sofy merci pour votre soutien et les moments que nous partageons ensemble.

A mes neveux et nièces, Diego, Tiban, Axelle et Samuel, c'est une joie de partager ces moments avec vous, même s'ils peuvent être parfois « rock n'roll » il faut l'avouer ..

A mes amis(ies), Lise, Ben, Camille, Valérie, Valentine, Amandine, Yann, Lucie, Pierre, Sophie et Maxime, merci pour votre amitié, je sais que je peux toujours compter sur vous.

Merci à toute ma famille et belle famille, nous partageons des moments simples qui sont pour moi des instants de bonheur, j'espère en connaître encore beaucoup d'autres.

Je remercie également mes collègues et co-internes avec qui j'ai partagé toutes ces années d'étude.

TABLE DES MATIERES

Dédicaces	2
Remerciements	8
Tables des matières	9
Lexique.....	11
I/ INTRODUCTION	12
1. <u>Aspect historique des signes précoces de schizophrénie</u>	
1.1 Rappel et premières publications	13
1.2 DSM III-R	15
2. <u>Enjeu sociétal et intérêt d'une prévention</u>	
2.1 Un problème de santé publique	16
2.2 La prévention en question	16
3. <u>Etat mental à risque et symptômes de base</u>	
3.1 Etat mental à haut risque	17
3.2 L'approche « symptômes de base »	18
4. <u>La place majeure du médecin généraliste dans le parcours et l'accès aux soins psychiatriques</u>	19
II/ MATERIEL ET METHODE.....	20
1. Présentation et justification du choix d'étude.....	20
2. Question de recherche	20
3. Objectif de l'étude	20
4. Population cible.....	20
5. Mode de recueil des données.....	21
6. Analyse de données	21
7. Description des variables de l'étude.....	22

III/ RESULTATS	23
1. Analyses statistiques descriptives.....	23
2. Analyses statistiques univariées	39
3. Analyses statistiques multivariées	39
 IV/ DISCUSSION	
1. Puissance de l'étude.....	40
2. Biais de l'étude	40
3. Extension de notre étude.....	41
4. Résultats	41
4.1 Données socio démographiques et expériences	41
4.2 Le repérage des signes précoces en pratique courante	42
4.3 Conduite tenue.....	45
4.4 Ressenti face à un patient présentant des troubles psychotiques.....	46
4.5 Pronostic	46
4.6 Moyens de détection.....	47
4.6.1 Marqueurs biologiques et moléculaires	48
4.6.2 L'imagerie, une voie prometteuse.....	48
4.7 Traitement	49
4.8 Suivi	51
4.9 Prise en charge de la dimension psychiatrique.....	52
4.10 Collaboration avec le milieu psychiatrique.....	53
4.11 Difficultés mises en avant.....	54
4.12 Les attentes et perspectives des médecins généralistes	54
 V/ CONCLUSION	58
VI/ BIBLIOGRAPHIE.....	60
VII/ ANNEXES	
Annexe 1 : outils d'évaluation CAARMS.....	68
Annexe 2 : questionnaire destiné au praticien généraliste	69

LEXIQUE

Termes français

CIM : Classification internationale des maladies

C'JAAD : Centre d'évaluation pour jeunes adultes et adolescents

CMP : Centre médical psychologique

DPC : Développement professionnel continu

DIPPPEJAAD : Détection et intervention précoces des pathologies psychiatriques émergentes du jeune adulte et de l'adolescent

DPNT : Durée de psychose non traitée

DU : Diplôme universitaire

HAS : Haute autorité de santé JIPEJAAD : Journées internationales sur les pathologies émergentes des jeunes adultes et adolescents

INSERM : Institut national de la santé et de la recherche médicale

MDA : Maison des adolescents

MG : Médecin généraliste

OMS : Organisation mondiale de la santé

TCC : Thérapie cognitive et comportementale

Termes anglais

ABC : Age, beginning, and course

CAARMS : Comprehensive assessment of at risk mental state

DSM : Diagnostic and Statistical Manual of Mental disorders

EPOS : European prediction of psychosis study

IGPS : The international study of general practioners

I/ INTRODUCTION

Les troubles schizophréniques sont très fréquents et invalidants. Leur prévalence est d'environ 0,8 à 1,3%, ce qui représente 635 000 cas environ en France. Les répercussions sont majeures sur le plan individuel, familial et social.

De part sa fréquence, son impact sur l'autonomie et son âge d'apparition précoce, la schizophrénie représente un « fardeau » pour la société et pour laquelle la prise en charge demeure un enjeu de santé publique. En effet, la schizophrénie représente la troisième cause d'handicap de l'adulte. [1] Devant ce constat, de nombreuses recherches ont émergé ces dernières décennies afin d'améliorer le diagnostic et la prise en charge précoce.

Le diagnostic de schizophrénie est majoritairement posé entre 15 et 25 ans, l'entrée dans la maladie est le plus souvent progressive. Des symptômes psychotiques atténués ou transitoires sont souvent présents mais rarement détectés.

En France, la durée de psychose non traitée (DPNT) est d'environ 1 à 2 ans, or cette DPNT a un impact direct sur le pronostic et l'évolution de la maladie. Aujourd'hui toute stratégie de prévention vise à réduire la DPNT en détectant et en intervenant précocement dans les états mentaux à risque de psychose. De plus cela permet au patient de s'insérer dans les soins à un moment où il est pleinement en état d'y consentir et d'y adhérer. [2] Toutes ces stratégies ne peuvent se mettre en place sans la participation des médecins généralistes (MG). Le MG est ainsi un acteur principal dans la détection précoce des troubles psychotiques, dans le sens où il est souvent le premier contact du patient. Le généraliste joue alors un rôle majeur de pivot dans la détection, le soutien, l'information, et l'orientation.

L'objectif de ce travail est d'établir un état des lieux de la place de la médecine générale dans le repérage précoce des sujets à haut risque de schizophrénie.

Dans un premier chapitre, nous ferons une synthèse des connaissances actuelles sur les phases précoces de la schizophrénie puis exposerons les différents symptômes évocateurs et les outils en place pour les détecter. Nous évoquerons dans ce travail les enjeux sur le plan thérapeutique, sur le plan de l'accès au soin et les questionnements éthiques. Quelle place a le MG dans cette situation ? Et quels sont leurs ressentis et leurs attentes en termes de prise en charge ? Enfin il sera présenté les différents résultats recueillis à mettre en perspective avec les données de la littérature actuelle.

1. Aspect historique des signes précoces de schizophrénie

1.1 Rappel et premières publications

Morel en 1857 est le premier à décrire la vulnérabilité et qualifier cet état de « terrain fragile » précédant la maladie. Kraepelin définit la Dementia Praecox en 1893 et propose un classement des maladies mentales selon des critères évolutifs. Cette description fait état d'une évolution inexorable vers un déclin et un handicap définitif dans le fonctionnement et l'organisation psychique des personnes atteintes. Il définit un processus de dégénérescence qui débute précocement, état pouvant être initié par des signes ou troubles peu spécifiques. Il explique que « Tous les symptômes et les combinaisons de symptômes que l'on rencontre dans la maladie constituée peuvent se voir ici à l'état d'ébauche ». Il décrit « des personnalités frappantes » chez les apparentés sains de sujets schizophrènes ce qui lui a fait soupçonner des signes atténués d'une même maladie. [3]

En 1908, E. Bleuler explique que « la Dementia Praecox de Kraepelin n'est pas nécessairement une forme de démence, pour marquer son opposition à ce concept, il crée le néologisme schizophrénie. Celle-ci s'exprime sous la forme d'un syndrome déficitaire (négatif) de désorientation et d'un syndrome secondaire (positif) de production délirante. Le début de la maladie est décrit comme insidieux, marqué par une modification du caractère. Il évoque l'existence de certains traits de caractère précoces chez plus de la moitié des enfants qui deviendront schizophrènes : irritabilité, tendance au retrait, difficultés précoces d'adaptation social. [4]

La première publication de travaux sur les symptômes de la phase prodromique a lieu en 1938 aux Etats-Unis par Cameron. Il observe la fréquence de la désorganisation psychique, des expériences somatiques « bizarres » et une méfiance exagérée. [5] Il explique que « la plupart des patients parvenaient au traitement dans un état comparable à celui d'un cancer métastasé ». Les résultats obtenus se recoupent à ceux d'études actuelles notamment sur le délai de prise en charge spécifique qui serait dû à la réticence des familles ou au retard diagnostic. Dans son groupe de cas, 32% des patients avaient manifestés des symptômes jusqu'à 6 mois avant l'admission, 17,5% entre 6 mois et 2 ans, 48% depuis plus de deux ans. Chez les sujets les plus jeunes, un début insidieux était souvent associé à une histoire personnelle d'instabilité émotionnelle, d'isolement, de comportement bizarre, de bouderie ou d'énurésie.

Cameron distingue 2 catégories cliniques :

- ✓ Le type hyperactif regroupant appréhension, inquiétude, cauchemars, insomnie, agitation, oscillations de l'humeur, accès de colère et plaintes hypochondriaques
- ✓ Le type hypoactif : correspond à des patients introvertis, solitaires, ayant une tendance à la rêverie et à la dépression, parfois irritables, ayant des troubles de la concentration et une baisse d'énergie.

En 1966, l'étude de Chapman met en évidence qu'un grand nombre de patients rapporte des moments de blocage de la pensée, 80% ont des difficultés à comprendre le langage parlé, 75% ont des difficultés à s'exprimer oralement, 73% ont des problèmes moteurs, 40% ont des anomalies de perception visuelle. Ainsi Chapman fait l'hypothèse qu'il y a des anomalies cognitives et perceptives bien avant l'apparition des hallucinations et donc qu'il est important d'effectuer un entretien clinique approfondi afin de les rechercher. Il conclue que ces symptômes apparaissent relativement fréquemment pour être alors vu comme annonciateurs de la maladie et donc orientant vers le diagnostic. [6]

Les travaux de Rado et Meehl (1972, 1989) montrent qu'une prédisposition génétique est révélée sous l'influence de facteurs extérieurs. [7] [8] Les travaux de Gottesman et Shields de 1966 montrent que le taux de concordance pour la pathologie dans les paires de jumeaux monozygotes approche les 50%. [9] Rosenthal, en 1970, suggère que les troubles schizophréniques ne surviennent pas en l'absence de certains facteurs environnementaux qui seraient prédisposants ou déclenchants et donc que la prédisposition génétique serait une condition nécessaire mais non suffisante. [10]

On observe un intérêt croissant pour la phase prodromique, les études de Yung, Hafner et Moller tendent à mettre en lumière les signes qui la composent sans réussir à bien les définir. [11] [12] [13] La phase prodromique est souvent considérée comme l'entrée dans la schizophrénie, cependant avant cette phase, certains signes et anomalies peuvent être pointés. Ces signes sont dits pré-morbides. Cette phase s'étale de la naissance à l'apparition des premiers signes de la maladie. On retrouve des anomalies du développement psychomoteur mais aussi des traits de personnalité pré-morbide schizoïdes ou schizotypiques.

Les facteurs de vulnérabilité génétique et/ou environnemental retrouvés sont identifiés chez une bonne partie de la population générale et très peu d'individus étant exposés à ces facteurs développeront un trouble schizophrénique. Cependant, il ne peut y avoir d'usage en pratique

clinique ou en conseil génétique car la valeur prédictive de ces expositions est trop faible. Malgré tout, ceci a un intérêt notamment scientifique et aussi sur le plan de la politique de santé car en comprenant ces interactions, on peut mettre en place des stratégies de préventions pour les personnes potentiellement vulnérables. [14]

1.2 DSM III-R

Une définition de la phase prodromique apparaît dans la version du DSM III en 1987 (Diagnostic and Statistical Manual of mental disorders).

9 critères diagnostiques sont retenus :

- ✓ isolement social ou repli sur soi
- ✓ handicap net du fonctionnement social
- ✓ comportement bizarre
- ✓ manque d'hygiène et de soins
- ✓ affect émoussé ou inapproprié
- ✓ discours digressif, vague, trop élaboré ou circonstancié ou pauvreté du discours ou de son contenu
- ✓ croyances bizarres ou pensée magique
- ✓ expériences perceptives inhabituelles
- ✓ manque d'initiative, d'intérêt, d'énergie

Ces symptômes, majoritairement comportementaux, ne doivent pas être attribuables à un trouble de l'humeur ou une consommation de toxiques. Ces symptômes ne se retrouvent pas dans les classifications internationales des maladies CIM-9 et 10 et ont disparu des versions plus récentes du DSM IV, IV-R et V. [15]

Les études de Mc Gorry (1995) ont démontré une spécificité bien insuffisante de ces symptômes. Ils montrent que 50% d'une population d'étudiants peuvent présenter un ou plusieurs de ces symptômes avec la possibilité que d'autres pathologies soient en jeu voire même soient communément retrouvées à l'adolescence. [16] [17]

2. Enjeu sociétal et intérêt d'une prévention

Lors de la phase prodromique de la schizophrénie, des actions préventives peuvent être instaurées. Cependant quels professionnels de santé sont concernés ? Comment aider les patients à haut risque ?

2.1 Un problème de santé publique

Les troubles schizophréniques représentent un enjeu sociétal fort, de part sa fréquence et le handicap occasionné. Les coûts en lien avec la schizophrénie sont évalués à environ 15 milliards d'euros par an en France regroupant les coûts engendrés par les soins et les complications (dépression, tentatives de suicide, abus de toxiques) et ceux engendrés par la iatrogénie (syndrome métabolique, complications cardiovasculaires). [18] Les coûts sont globalement augmentés par le retard au diagnostic. Le dernier rapport de la London School of Economic en 2014 s'est intéressé à la diminution de ce coût, un euro investi pour la prévention en ferait épargner 15. [19]

Une importante surmortalité est observée dans la schizophrénie. En moyenne, l'espérance de vie est de 10 ans inférieure à la population générale. L'OMS (Organisation Mondiale de la Santé) en 2004 met en évidence que : 40% des patients atteints de schizophrénie tentent de se suicider et que 10% de toutes les personnes atteintes mettent fin à leurs jours. Cela correspond à 3000 morts par suicide en France. [20] Il est recensé environ 70% des patients ayant une autonomie partielle et 20% nécessitant des structures spécialisées au long cours. [1]

2.2 La prévention en question

La prévention est définie comme étant : « l'ensemble des mesures visant à éviter ou réduire le nombre et la gravité des maladies, des accidents et des handicaps ».

L'OMS distingue trois types de prévention suivant le stade de la maladie. La prévention primaire vise à réduire l'incidence d'une maladie dans une population et donc limiter la survenue de nouveaux cas. La prévention secondaire consiste en des actions et stratégies d'intervention précoce pour s'opposer à l'évolution de la maladie. La prévention tertiaire cherche à baisser l'incidence des complications et rechutes afin d'éviter le handicap.

A ce jour, malgré les différents travaux effectués, il n'est pas possible de mettre en place une prévention primaire efficace des troubles psychotiques. Elle se résume principalement en des

informations sur les troubles mentaux et sur les possibilités d'accès aux soins. L'intervention précoce se situe entre prévention primaire et secondaire. Auparavant cette approche était plutôt tertiaire axée sur une réhabilitation et une rééducation des personnes malades ainsi que des stratégies pour éviter les rechutes.

L'intervention précoce chez les individus manifestant un état mental à risque présentant déjà des difficultés (troubles anxieux, dépressifs ...) peut aider à éviter ou décaler l'apparition d'un trouble psychotique avéré. Elle relève d'une prévention ciblée. Les symptômes de la maladie retentissent sur la qualité de vie du patient du fait du retrait social engendré et de la stigmatisation traumatisante qui pourraient être évité ou atténué par un accompagnement précis. [21] [22] Le risque de transition psychotique est d'environ 36%. Ce risque baisse dans les centres qui ont mis en place des prises en charge spécifiques, ce qui peut amener à penser que ces prises en charge (telle que TCC (Thérapie cognitive et comportementale)) sont efficaces du fait que le patient entame plus tôt une démarche de soin. [23]

De plus, quelques études mettent en avant l'efficacité d'interventions ponctuelles face à des facteurs de risque, notamment les conduites addictives (et autres comorbidités psychiatriques). Il est noté que ces interventions peuvent modifier clairement le pronostic de façon positive. [24]

3. Etat mental à risque et symptômes de base

3.1 Etat mental à haut risque

Mac Gorry propose la notion d'« état mental à risque » partant du constat qu'une bonne partie des personnes ayant des symptômes prodromiques ne présenteront pas de psychose par la suite. [25] Dans les années 2000, il crée un recueil de symptômes par un entretien semi structuré (échelle de CAARMS : Comprehensive Assessment of At Risk Mental State) afin de repérer des sujets à haut risque se trouvant en phase prodromique. [Annexe 1]

Ainsi 3 groupes sont identifiés comme à « très haut risque » de développer un premier épisode psychotique : [26]

- ✓ Groupe 1 : présence d'une vulnérabilité pour la psychose (personnalité schizotypique, antécédents de psychose chez un parent de premier degré) et une baisse du

fonctionnement socio-familial durant au moins un mois lors de la dernière année précédant le premier épisode psychotique.

- ✓ Groupe 2 : présence de troubles psychotiques atténués par leur intensité ou leur fréquence au cours de la dernière année.
- ✓ Groupe 3 : regroupe les sujets présentant des symptômes psychotiques limités, intermittents et brefs, chaque épisode dure moins d'une semaine et les symptômes doivent être présents au cours de la dernière année.

Plusieurs études utilisant cet outils ont permis de montrer que la présence de ces signes est associée à un taux de transition psychotique atteignant 37 à 41% à 12 mois et quasi 50% à 24 mois. [27] [28] Cependant la valeur prédictive reste faible, questionnant sur les possibles stratégies de prévention et d'intervention. Aujourd'hui la CAARMS est le seul outils de dépistage validé en français. [29] Cependant il existe une possibilité de variation inter observateur et donc une inhomogénéité possible dans la cotation. [30]

3.2 L'Approche « symptômes de base »

Des équipes allemandes se sont intéressées à décrire des plaintes subjectives qui précédaient le premier épisode psychotique. [31] [32] Il est fréquemment retrouvé un affaiblissement des fonctions cognitives, une altération de leurs capacités à ressentir des émotions, une perte d'énergie, une altération des fonctions motrices, des sensations corporelles, des perceptions sensorielles et une intolérance au stress.

Dans l'étude de Klosterkötter de 2001, incluant 160 sujets susceptibles d'évoluer vers un diagnostic avéré, 79 patients ont développé une pathologie schizophrénique pendant la période de suivi. Cette étude montre une sensibilité de 80% et une spécificité de 59%. L'absence de symptômes de base exclut à 96% une schizophrénie alors que leur présence prédit une évolution vers la maladie avec une probabilité de 70%. [33] [34]

Lorsque l'on associe « les symptômes de bases » aux critères de la CAARMS, une meilleure spécificité et une meilleure prédictibilité est observée. [35] [36]

4. La place majeure du MG dans le parcours et l'accès aux soins psychiatriques

L'étude EPOS a montré qu'un sujet à risque demandait de l'aide à environ 2 à 3 personnes, l'état clinique à risque de psychose n'était pas détecté avant trois ans. [37] Aujourd'hui il apparaît primordial de réduire ce délai en amenant ces patients jusqu'aux soins spécialisés. Ce travail ne peut se faire sans la participation des MG.

La stabilité du MG, dans son lieu d'exercice et dans le temps en fait l'interlocuteur privilégié du patient et de son entourage. Grâce à une relation personnalisée construite au cours de contacts répétés au fil du temps, le MG connaît son patient dans sa globalité. Cette relation est le levier d'une alliance durable entre ces deux partenaires. Le MG assure la continuité des soins pour ces patients à risque, a un rôle de prévention, de dépistage et d'orientation.

La relation de confiance établit avec le patient, permettant d'avoir accès à des informations essentielles permet de proposer une réponse préventive et/ou curatives la mieux adaptée. Le MG est au cœur de la cohérence et de la coordination des soins autour de son patient souffrant de pathologie mentale. En première ligne, il doit être capable de détecter des signes cliniques précoces ou de décompensation chez un patient sans antécédent, d'évaluer l'efficacité, l'observance, la tolérance des traitements et d'orienter en cas d'urgence. Il doit être sensibilisé à la psychopathologie de l'adolescent et du jeune adulte, car les signes vus parfois comme prodromiques sont très fréquents à l'adolescence et donc pose la question de la distinction entre « crise de l'adolescence » et la réalité du développement d'une maladie psychotique. [38] [39]

Le rapport Laforcade de 2016 établit le constat en matière de parcours de soins qui se résume par une hétérogénéité de pratiques et de moyens. Ceci s'explique entre autres par des dysfonctionnements dans les parcours de soins (difficultés d'accès à la première consultation, cloisonnement entre les soins somatiques et les soins psychiatriques) et des inégalités territoriales dans l'offre de soins et les ressources de l'accompagnement social et médico-social. [40] Une étude menée sur un échantillon de 441 adultes montre que 58 % des patients se tourneraient vers leur MG s'ils étaient confrontés à un problème de santé mentale, et que 47 % souhaiteraient que celui-ci assure leur prise en charge. 25 à 30 % de la patientèle des MG souffrirait de troubles psychiatriques ou relatifs à la santé mentale. Une majorité de patients présentant un premier épisode psychotique avaient déjà consultés leurs médecins traitants pour différents troubles ou plaintes peu spécifiques. [41] Les MG font face à quelques difficultés tels que les repérages insuffisants, les cas diagnostiqués à tort ou les prescriptions inadéquates. [42]

II/ MATERIEL ET METHODE

Il s'agit d'une étude quantitative observationnelle descriptive transversale multicentrique.

1. Présentation et justification du choix d'étude

Pour rappel le repérage des signes précoces de schizophrénie est un enjeu majeur en terme de santé publique. Le constat en pratique clinique est le retard de prise en charge ce qui impacte le pronostic. L'étude s'est intéressée à la place du médecin généraliste, qui détient un rôle majeur du fait d'être le principal interlocuteur du patient, tant par sa disponibilité que par sa fonction de personne de confiance. Il agit en première ligne en vue de détecter d'éventuels troubles psychiatriques.

On constate une mutation perpétuelle des pratiques et des connaissances tant sur le plan de la psychiatrie que de la médecine générale. Par cette étude, nous souhaitons établir un état des lieux des pratiques en interrogeant les médecins généralistes en Picardie.

2. Question de recherche

Il s'agit d'améliorer la prise en charge et la détection précoce des patients schizophrènes, afin de réduire la DPNT et améliorer le pronostic. Cependant tout ceci ne peut se réaliser qu'en collaborant avec les médecins généralistes afin d'optimiser le travail de réseau de soin suivant leurs attentes et ressenti.

3. Objectif de l'étude

L'objectif principal est d'établir un état des lieux sur la place du médecin généraliste dans le repérage des signes précoces de schizophrénie chez les sujets à haut risque en Picardie. L'influence de divers facteurs sur la détection par le MG de patients avec signes précoces par an est analysée dans ce travail afin d'avoir un indice sur les facteurs limitants et favorisant la détection précoce par le MG de la schizophrénie.

Les extensions attendues qui composent les objectifs secondaires visent à améliorer la prise en charge des patients en fonction des attentes des médecins généralistes et ainsi pouvoir définir les outils possibles afin d'améliorer le travail de réseau.

4. Population cible

Les médecins généralistes de Picardie constituent cette population cible.

5. Mode de recueil des données

30 cabinets de médecins généralistes dans les trois départements de l'ex Picardie ont été sélectionnés aléatoirement. Ils se composaient pour certains de plusieurs médecins correspondant à un nombre de 133 médecins. Un courrier postal a été envoyé aux cabinets sélectionnés afin de présenter et expliquer le but de l'étude. Un lien internet était joint afin de compléter le questionnaire à l'aide de google forms. (<https://docs.google.com/forms/d/1JyvVOVeIH-4YE0B19LIUXEFoEu9yWjYpcN1boluyiFc/prefill>) [Annexe 2]

Le recueil des données a eu lieu sur deux mois, de janvier à février 2018 inclus. La première partie du questionnaire s'intéresse à l'aspect démographique de l'échantillon. Une deuxième partie s'attache à la formation et aux expériences professionnelles. La suite du questionnaire fait état des lieux sur les pratiques des médecins généralistes face à des signes précoces. Enfin une dernière partie est orientée sur les attentes des médecins généralistes en terme de formations et structures autour de cette question.

6. Analyse des données

Les données recueillies à partir du questionnaire ont été saisies sur un tableur Excel puis traitées avec le logiciel de programmation R version 3.4.0. La plupart des analyses statistiques présentées dans cette étude a consisté à comparer le groupe «détection précoce par le MG» au groupe «absence de détection précoce par le MG».

La première étape a consisté en la réalisation d'une étude descriptive :

- ✚ des 4 signes principaux qui précèdent une schizophrénie,
- ✚ sur la prise en charge des troubles psychotiques débutants,
- ✚ sur le ressenti du MG face à un patient présentant des troubles psychotiques,
- ✚ sur l'existence actuelle ou pas d'un moyen fiable de détecter la schizophrénie,
- ✚ sur le type de traitement d'emblée à mettre en place devant des signes précoces,
- ✚ sur les raisons de la présence ou non d'une prise en charge de la dimension psychiatrique de ces patients par les MG
- ✚ sur les structures ou mesures pertinentes à mettre en place concernant la prise en charge précoce de ces patients.

Ensuite, les variables qui sont associées significativement avec une détection précoce par le MG seront intégrées dans le modèle multivarié de l'étude. Concernant les variables qualitatives, des tests du Chi2 ou de Fisher ont été réalisés dans le respect des conditions de validité. Concernant les variables quantitatives, des tests de Student ont été réalisés dans le

respect de conditions de validité. Les tests ont été conduits en bilatéral avec un risque alpha fixé à 5%.

L'influence de divers facteurs sur la détection précoce par le MG est analysée par une régression logistique multiple afin d'avoir un indice sur les facteurs limitants et favorisant la détection précoce par le MG de la schizophrénie. Les tests ont été conduits avec un risque alpha fixé à 5%.

Ce travail a été effectué en collaboration de Mme Lise Thiriet, Docteur de santé publique au CHU d'Amiens.

7. Description des variables de l'étude

✚ Variables quantitatives :

Variables	Nombre de NA	Min	Max	Médiane	Moyenne	IC de la moyenne à 95%	Variance	Ecart-type
Âge	0	26	63	32	36,605	3,003	95,197	9,757
Nbr patients détectés par an	0	0	10	1	1,512	0,551	3,208	1,791

✚ Variables qualitatives :

Variable	Description	Effectif	Proportion	IC à 95%
genre	Genre (homme = 0, femme = 1)	22	0,511627907	[37.21%-66.75%]
Durée exercice	Durée exercice (> 10 ans alors 1, < 10 ans alors 0)	15	0,348837209	[23.26%-50.64%]
Stage psy	Stage psy (Oui = 1, non = 0)	19	0,441860465	[30.23%-59.29%]
Formation psy	Formation psy (Oui = 1, non = 0)	3	0,069767442	[2.33%-14.88%]
Connaissances schizophrénie	Connaissances schizophrénie (Suffisante = 1, Insuffisante = 0)	5	0,11627907	[4.65%-21.37%]
Connaissances signes précoces	Connaissances signes précoces (Oui = 1, non = 0)	3	0,069767442	[2.33%-14.88%]
Signes précoces précèdent la schizophrénie	Signes précoces précèdent la schizophrénie (Oui = 1, non = 0)	39	0,906976744	[83.72%-98.3%]
Au moins un signe parmi les plus fréquents	Au moins un signe parmi les plus fréquents (Oui = 1, non = 0)	37	0,860465116	[79.07%-97.25%]
Détection patients avec signes précoces	Détection patients avec signes précoces (Oui = 1, non = 0)	31	0,720930233	[60.47%-85.92%]
PEC spécialisée	PEC spécialisée	32	0,744186047	[62.79%-87.26%]
Evolution modifiée par intervention rapide	Evolution modifiée par intervention rapide (Oui = 1, non = 0)	37	0,860465116	[79.07%-97.25%]
Moyen détection schizophrénie	Moyen détection schizophrénie (Oui = 1, non = 0)	6	0,139534884	[6.98%-25.15%]
TTT d'emblée devant signes précoces	TTT d'emblée devant signes précoces (Oui = 1, non = 0)	25	0,581395349	[44.19%-72.93%]
Schizophrènes dans patientèle	Schizophrène dans patientèle (Oui = 1, non = 0)	27	0,627906977	[51.16%-78.97%]
PEC dimension psychiatrique	PEC dimension psychiatrique (Oui = 1, non = 0)	12	0,279069767	[16.28%-41.73%]

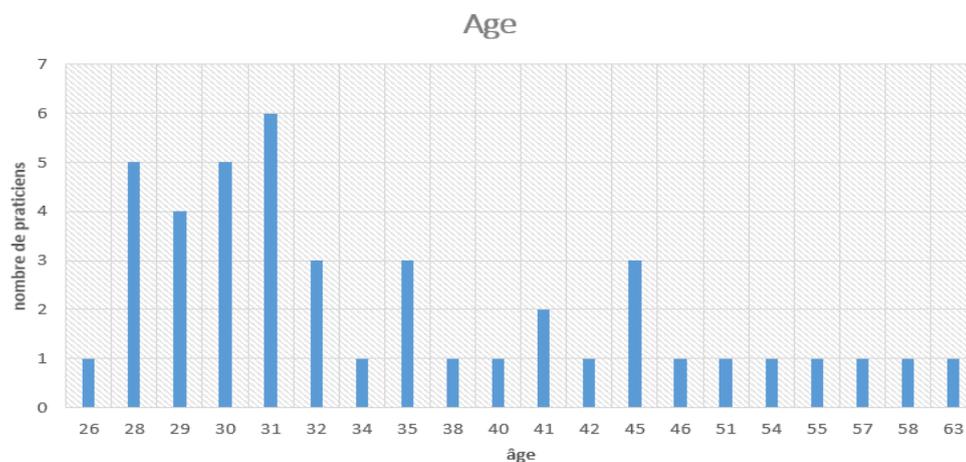
III/ RESULTATS

43 réponses au total ont été collecté correspondant à un taux de réponse de 32,3%. La base de données est de bonne qualité. En effet, il n'y a pas de données manquantes.

1. Analyses statistiques descriptives

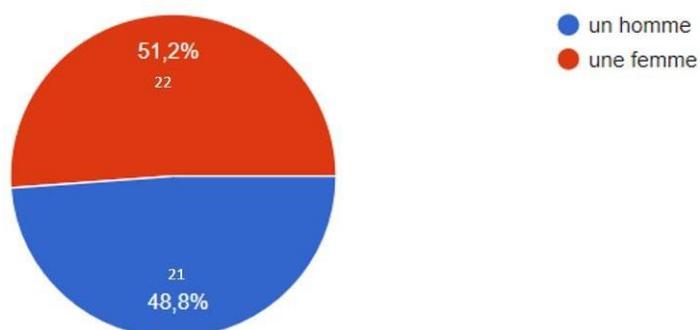
1.1 Données sociodémographiques

Age

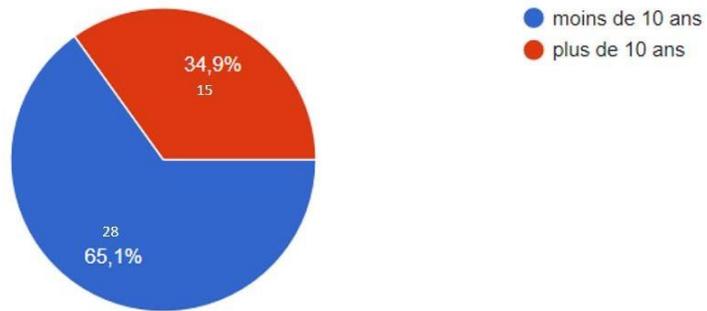


L'âge moyen est de 36.6 ans s'étendant de 26 à 63 ans.

Sexe

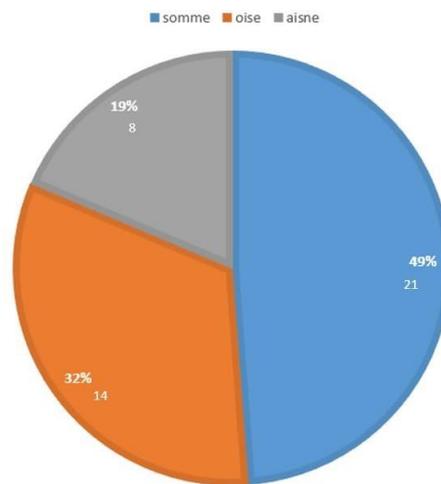


✚ Durée d'exercice

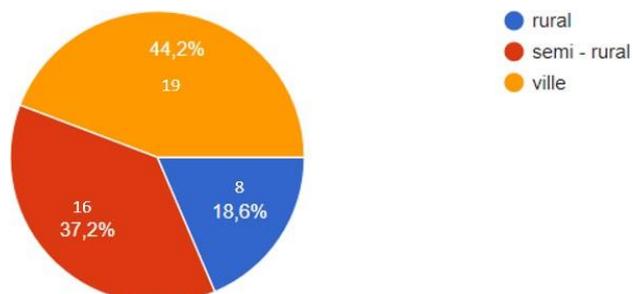


Plus de 65% de notre groupe exerce depuis moins de 10 ans, ce qui est corrélé à l'âge de l'échantillon.

✚ Répartition géographique



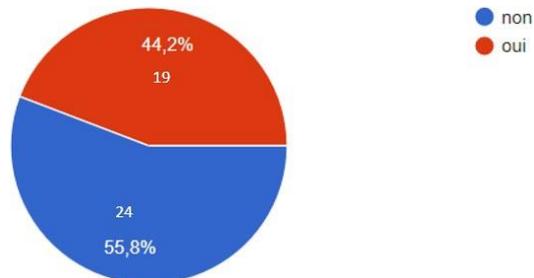
✓ Milieu d'exercice



Les praticiens interrogés exercent en mode urbain et semi rural principalement.

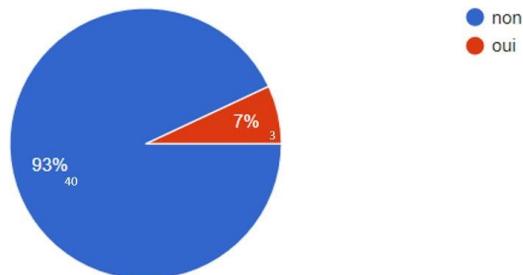
1.2 Expériences

- Stage effectué en milieu psychiatrique



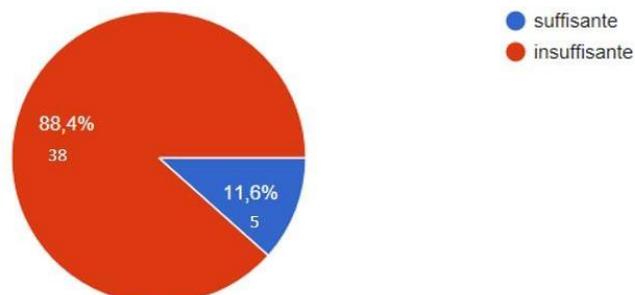
44,2% ont effectué un stage en psychiatrie.

- Participation à une formation portant sur la psychose et les troubles précoces de la schizophrénie

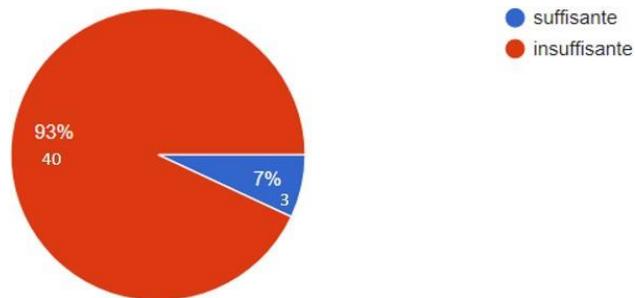


Peu de praticiens (7%) ont effectué des formations sur les psychoses émergentes. Ils n'ont pas précisé le nom de ces formations (2 FMC et une formation au cours de l'internat)

- Estimation des connaissances sur la schizophrénie



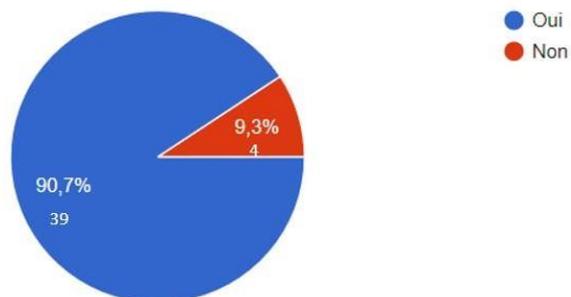
- Estimation des connaissances sur le repérage des signes précoces de schizophrénie



Une très large majorité (88,4 et 93%) estime que leurs connaissances sont insuffisantes à la fois sur la maladie schizophrénique et les signes précoces de celle-ci.

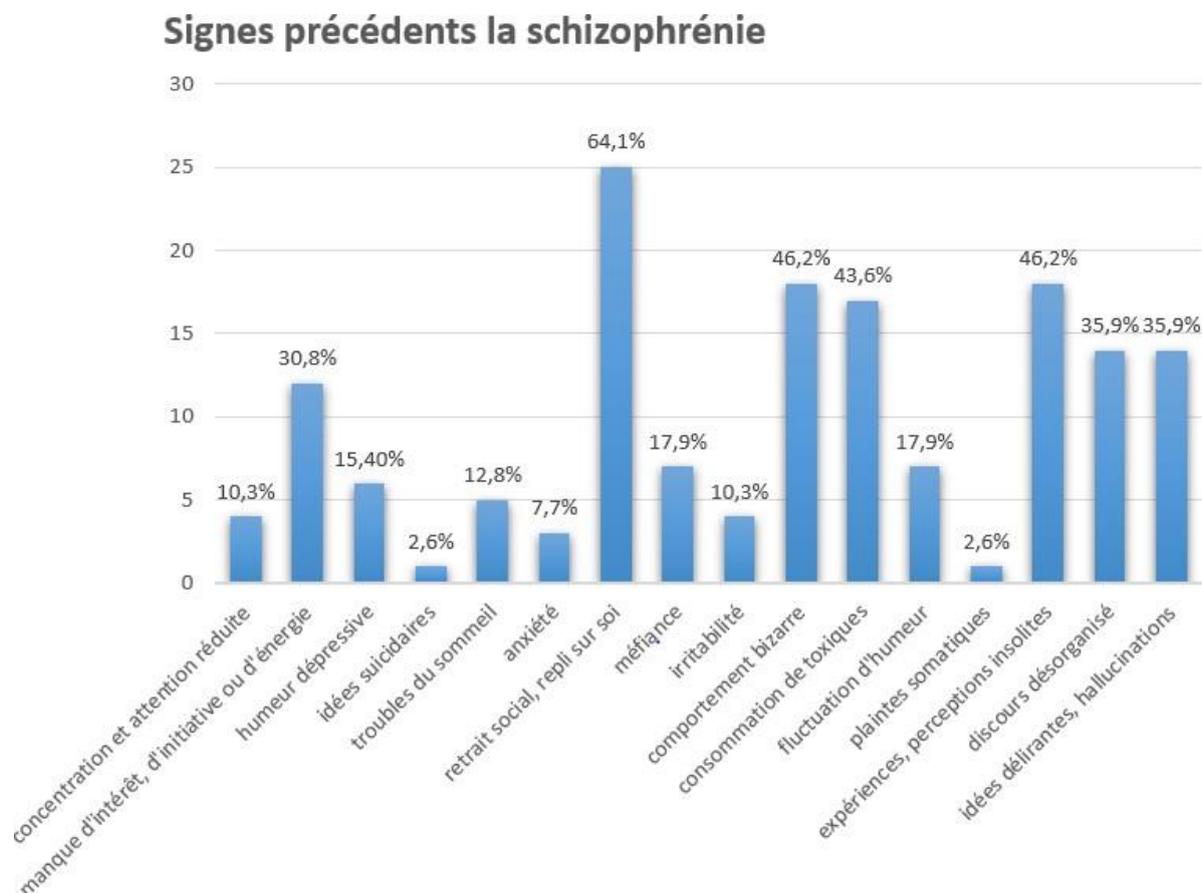
1.3 Repérage des signes précoces de schizophrénie dans la pratique quotidienne

- ❖ La schizophrénie est-elle précédée par des signes précoces selon vous ?



Pour la majorité des praticiens (90,7%) la schizophrénie est précédée de signes précoces.

❖ Si oui, quels les 4 signes principaux qui précèdent une schizophrénie ?



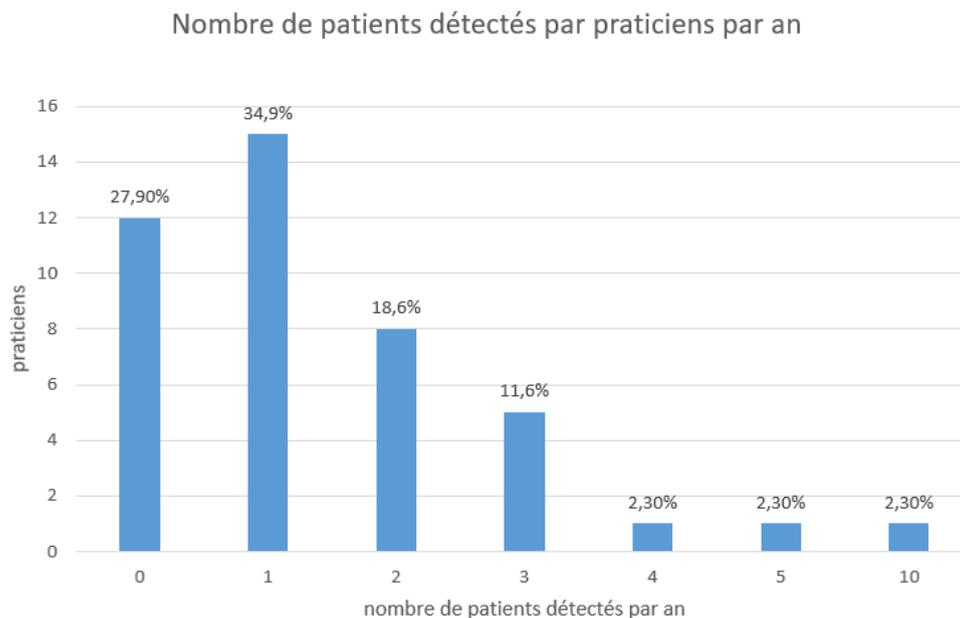
Les 4 signes précoces les plus souvent repérés par les praticiens sont : le retrait social (64,1%), les expériences et perceptions insolites, le comportement bizarre et la consommation de toxiques.

Au deuxième rang (30 à 40%), les praticiens repèrent le plus souvent les idées délirantes et hallucinations, le discours désorganisé et le manque d'intérêt, d'initiative, d'énergie.

Au troisième rang, il est retrouvé entre 10 et 30% : les fluctuations d'humeur, l'irritabilité, la méfiance, l'anxiété, les troubles du sommeil, l'humeur dépressive, la baisse de concentration et attention.

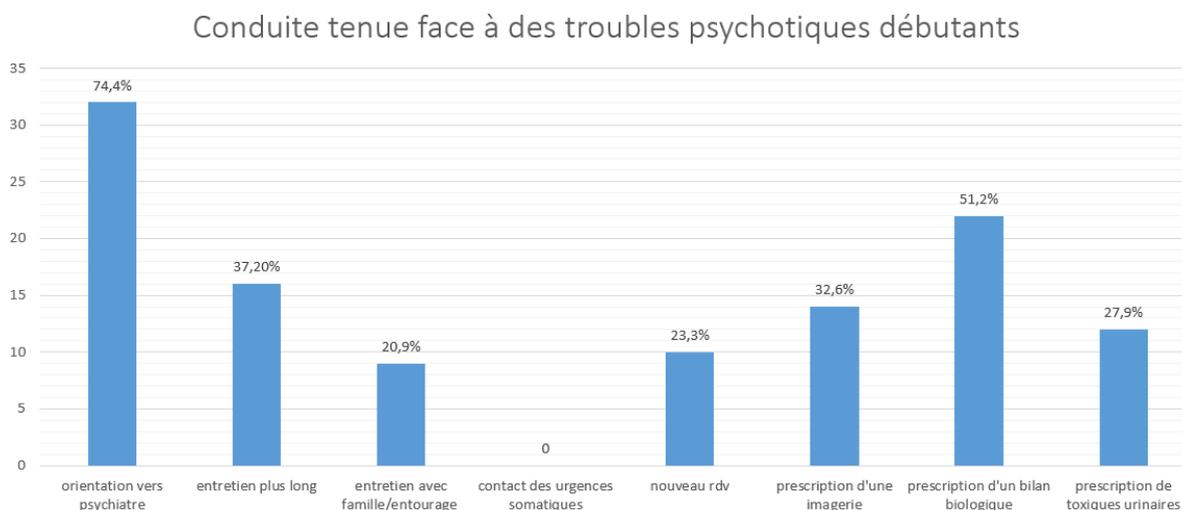
Les idées suicidaires et les plaintes somatiques sont très peu repérées comme étant des signes précoces de schizophrénie (2,6%).

- ❖ Approximativement, parmi combien de patients par an détectez-vous ces signes précoces ?



81,4% suspectent des signes précoces de schizophrénie chez 0 à 2 patients par an.

1.4 Conduite tenue



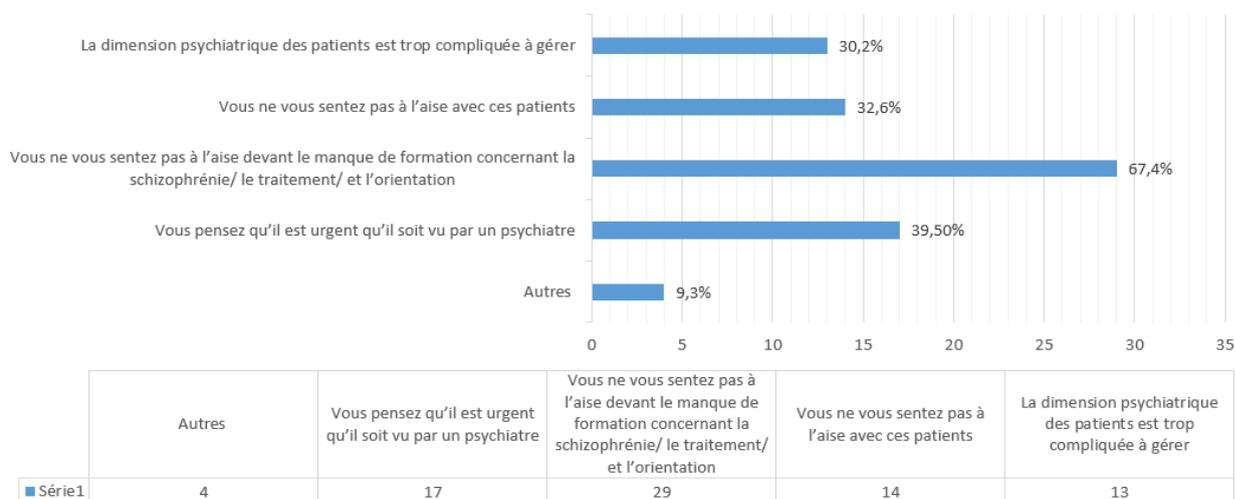
Les MG privilégient l'orientation vers un psychiatre (74,4%) et la prescription d'un bilan somatique afin d'éliminer un diagnostic différentiel (51,2%).

En deuxième intention, les MG réalisent : un entretien plus long (37,2%), la prescription d'une imagerie (32,6%) et la prescription de toxiques urinaires (27,9%).

L'entretien avec la famille et / ou l'entourage (20,9%) et la proposition d'un nouveau rdv afin d'évaluer à distance (23,3%) sont moins utilisés chez les MG. Aucun praticien ne contacte les urgences somatiques.

1.5 Ressenti face à un patient présentant des troubles psychotiques

Ressenti face à un patient présentant des troubles psychotiques



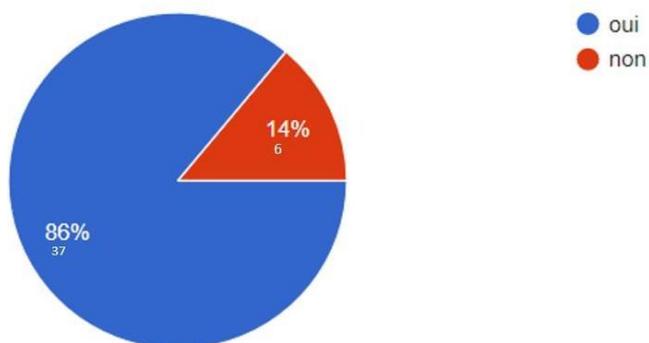
La grande majorité des praticiens estiment ne pas se sentir à l'aise devant le manque de formation (67,4%). Ce manque de formation concerne à la fois la sémiologie de la pathologie schizophrénique, les traitements et l'orientation. 39,5% des praticiens estiment qu'il est urgent que le patient présentant des signes précoces soit vu par un psychiatre.

30,2% des MG estiment que la dimension psychiatrique des patients est trop compliquée à gérer et 32,6% se sentent mal à l'aise au contact de ces patients

4 médecins ont répondu lors de réponses ouvertes :

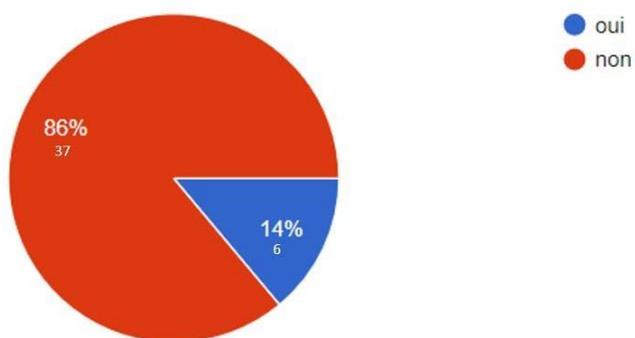
« j'ai des difficultés, des craintes de mal faire , pour faire adhérer le patient à aller voir un psychiatre quand il n'en a pas la demande , et peur de ne pas bien argumenter et le braquer ce qui serait contreproductif pour la suite de la prise en charge », « Il faut continuer de se former afin d'assurer un suivi conjoint avec le psychiatre », « peur de la mise en danger de soi et d'autrui », « besoin d'alliance thérapeutique avec psy pour suivi conjoint »

1.6 Pronostic : l'intervention précoce modifie t'elle le pronostic ?



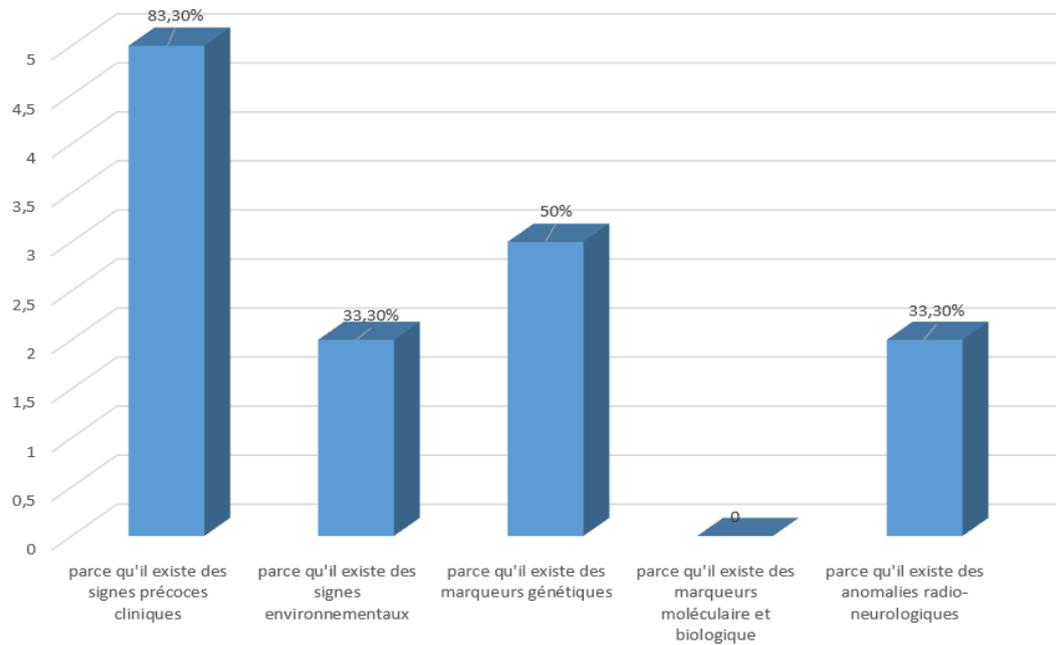
86% des praticiens estiment que le fait d'intervenir précocement a un impact sur l'évolution de la maladie.

1.7 Moyen de détection : Existe-t-il aujourd'hui un moyen fiable de détecter la schizophrénie ?



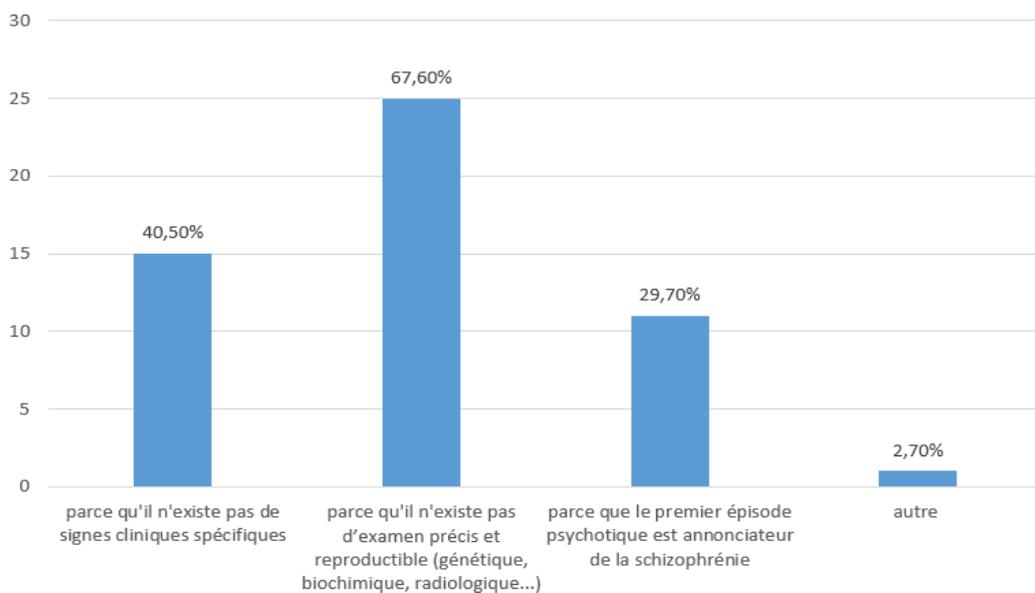
La majorité des praticiens (86%) affirment qu'à ce jour il n'existe pas de moyens précis, fiable afin de détecter la schizophrénie.

Si oui :



14% des praticiens pensent qu'il existe à ce jour un moyen fiable de détecter le début d'une schizophrénie. Parmi eux, 83,3% l'expliquent par le fait qu'il existe des signes précoces cliniques et par l'existence de marqueurs génétiques (50%).

Si non :



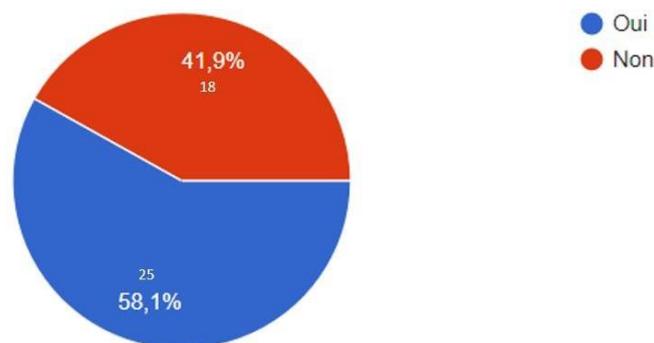
Parmi les MG pensant qu'ils n'existent pas de moyen fiable de détection des signes précoces, 67,6% affirment qu'il n'existe pas d'examen reproductible et précis, 40,5% affirment qu'il

n'existe pas de signe clinique spécifique de la maladie et 29,7% estime que le premier épisode psychotique est annonciateur de la maladie schizophrénique.

Un seul praticien a répondu « autre » en précisant que « seule l'évolution déterminera le diagnostic ».

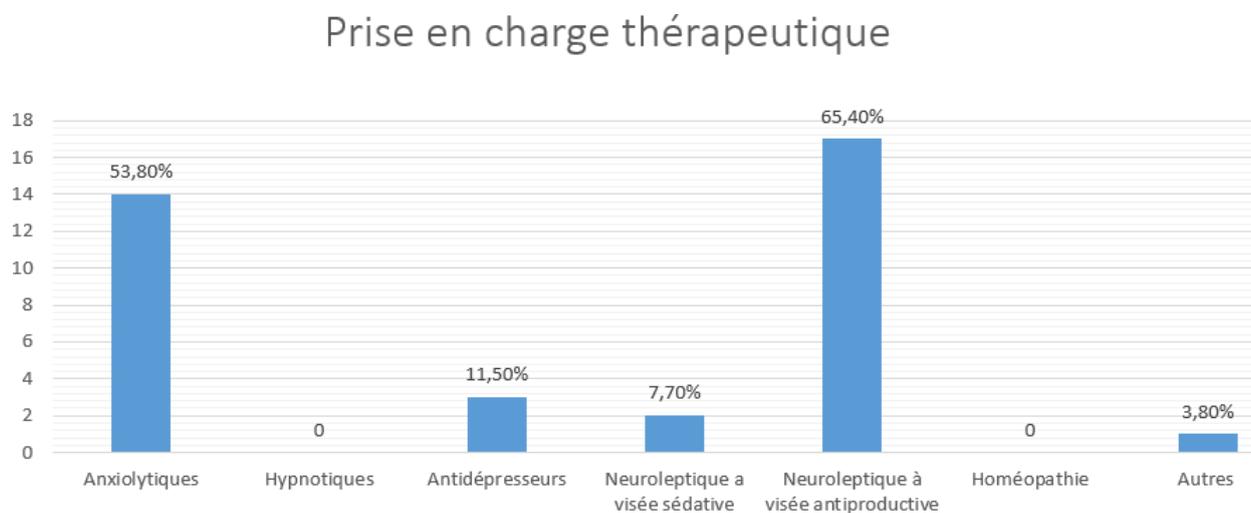
1.8 Traitement :

🚦 Utilité d'un traitement d'emblée ?



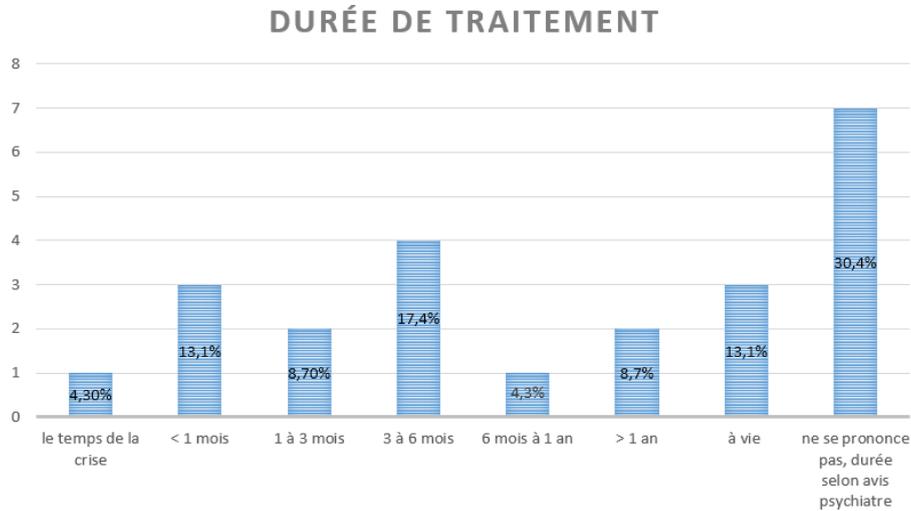
58,1% des praticiens semblent recommander la mise en place d'un traitement dès le repérage de signes précoces.

🚦 Type de traitement instauré



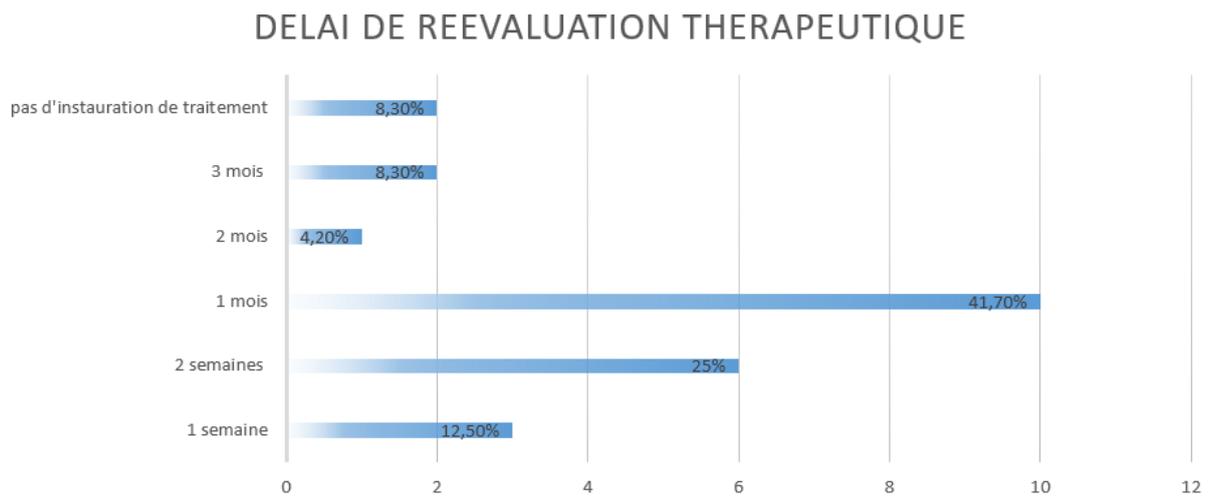
Les praticiens recommandent la prescription de neuroleptiques à visée anti productives (65,4%) en premier choix. Les anxiolytiques sont privilégiés en 2^{ème} choix pour 53,8% des MG.

✚ Durée de traitement



Concernant la durée du traitement, un tiers (30,4%) des praticiens se réfèrent à l'avis du psychiatre. Parmi les autres, 17,4% laissent en place le traitement pendant 3 à 6 mois sans précision sur le type de traitement envisagé.

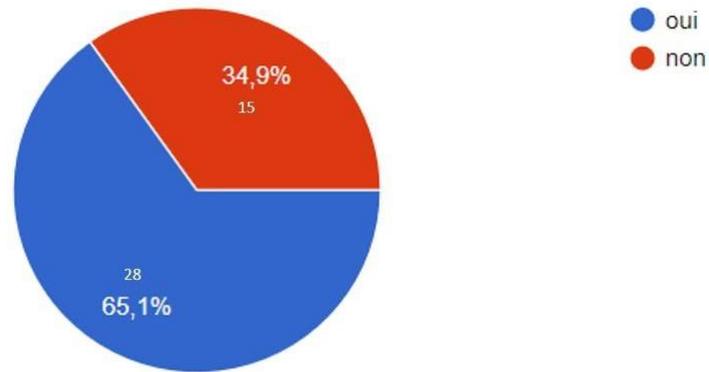
✚ Délai de réévaluation thérapeutique



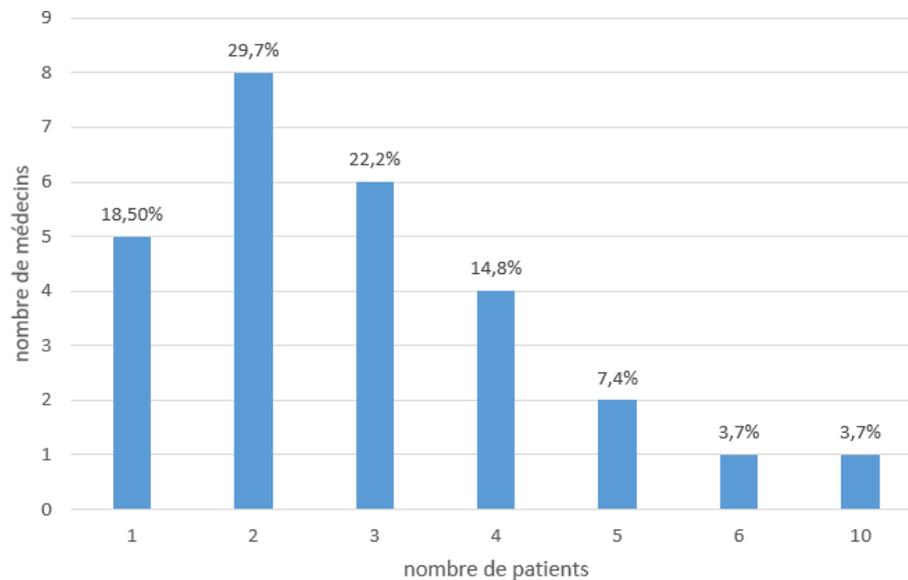
La majorité des praticiens réévaluent le traitement mis en place entre 2 semaines et un mois. Cependant ils ne précisent pas pour quel traitement.

1.9 Le suivi

✚ Présence de patients schizophrènes au sein de la patientèle

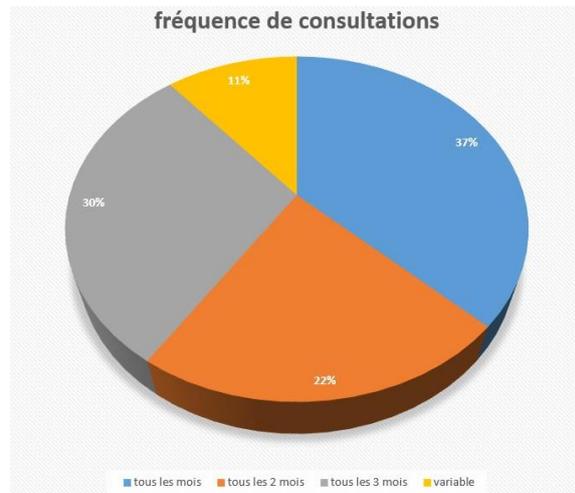


✚ Nombre de patients schizophrènes par praticien



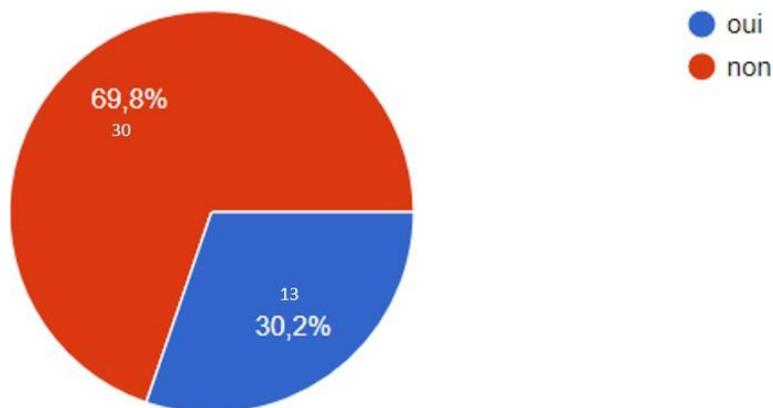
La majorité des praticiens a entre 1 et 3 patients diagnostiqués schizophrènes dans leur patientèle (70,4%).

✚ Fréquence de consultations



La fréquence entre les différentes consultations est assez disparate, mais se situe entre un mois et trois mois. 34,9% des praticiens affirment ne pas suivre de patients schizophrènes dans leur patientèle.

✚ Prise en charge la dimension psychiatrique de ces patients par le MG

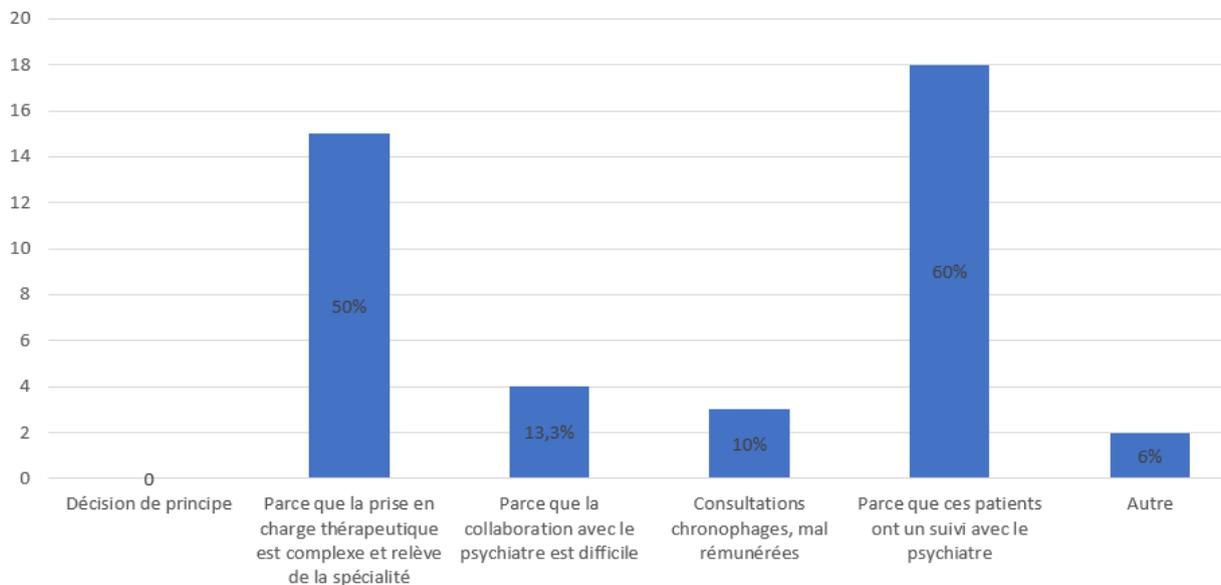


Modalité de prise en charge



Pour ceux prenant en charge la dimension psychiatrique du patient (30,2%), ceux-ci le font exclusivement avec la collaboration du psychiatre.

Justification de l'absence de prise en charge psychiatrique par le MG



Les praticiens évoquent pour 69,8% d'entre eux ne pas prendre en charge la dimension psychiatrique des patients diagnostiqués schizophrènes, parce que le patient a déjà un suivi

psychiatrique et ne veulent pas interférer avec celui-ci (60%). Il est aussi mis en avant des difficultés devant la prise en charge thérapeutique complexe et spécialisée (50%).

Deux médecins ont précisé en répondant « autre » qu'il ne prenait pas en charge la dimension psychiatrique de ces patients car ils n'ont pas de patients schizophrènes dans leur file active de patients.

1.10 Collaboration

Perception de la collaboration avec un psychiatre	Nombre	Fréquence
<i>Très satisfaisante</i>	3	0.06976744
<i>Plutôt satisfaisante</i>	18	0.41860465
<i>Plutôt insatisfaisante</i>	14	0.3255814
<i>Très insatisfaisante</i>	8	0.18604651

41,8% des médecins se disent plutôt satisfaits, voire très satisfaits (7%) de la collaboration avec le psychiatre. A contrario, 32,6% des MG estiment cette collaboration insatisfaisante voire très insatisfaisante pour 18,6% d'entre eux.

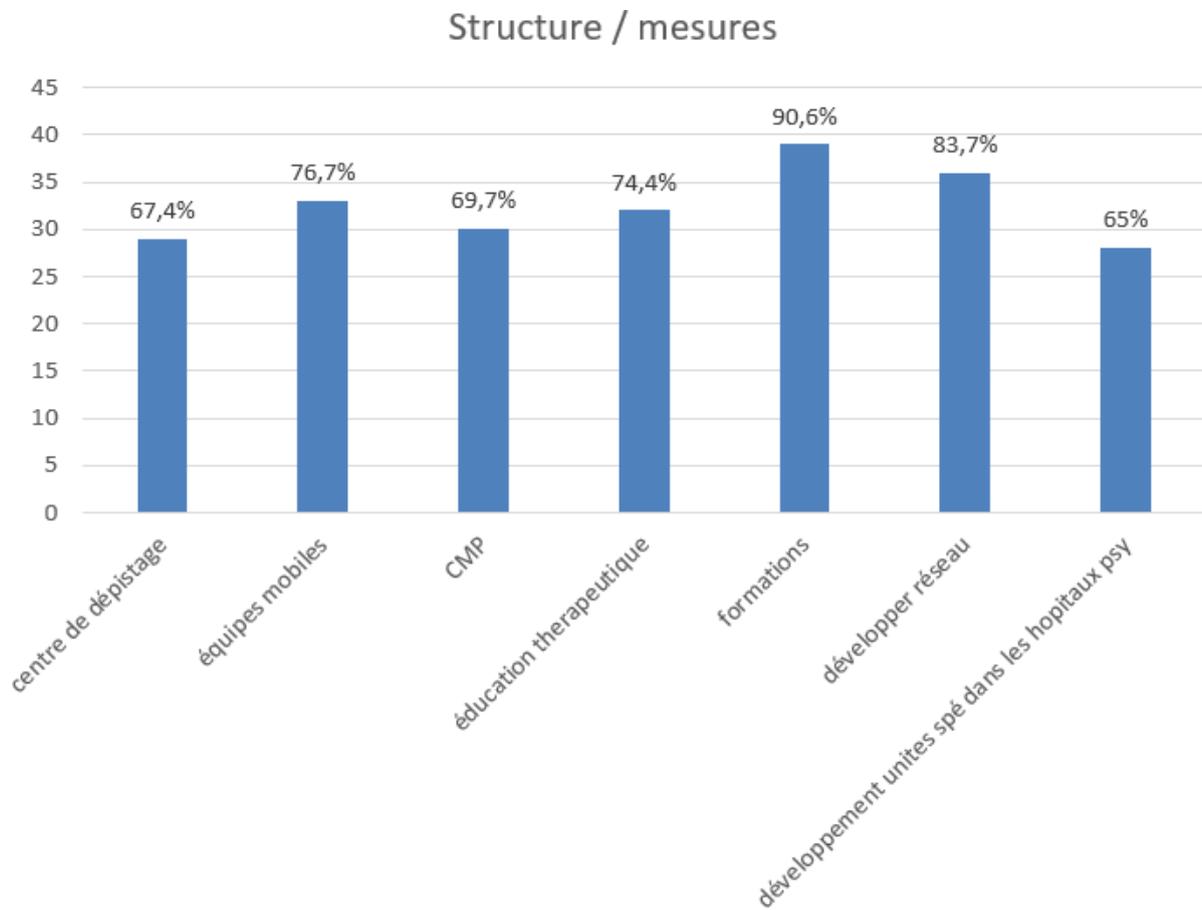
1.11 Principales difficultés rencontrées

Affirmation exacte	Nombre	Fréquence
<i>compliqué de dépister des signes précoces</i>	3	0.06976744
<i>compliqué de convaincre les patients d'accepter les soins</i>	24	0.55813953
<i>compliqué de déterminer la conduite à tenir face à des signes précoces</i>	16	0.37209302

Le plus compliqué pour les MG semble de convaincre les patients d'accepter les soins (55,8%). 37.2 % expriment des difficultés face à la conduite à tenir devant des signes précoces. Dans une moindre mesure, ils évoquent avoir des difficultés à dépister des signes précoces pour 7% d'entre eux.

1.12 Attentes

Quelles structures ou mesures semblent pertinente concernant la prise en charge précoce ?



Les praticiens souhaitent davantage se former et développer un travail de réseau avec le secteur psychiatrique. Ils sont à la fois intéressés par la création de structures extra-hospitalières notamment la création d'équipes mobiles.

Un MG souhaiterait la mise en place d'un groupe de parole thérapeutiques de patients encadrés par des psychiatres ou IDE de psychiatrie. Un autre mentionne une collaboration inexistante entre le psychiatre et le MG et souhaiterait un meilleur accès au psychiatre.

2. Analyses statistiques univariées

Les variables à utiliser dans le modèle multivarié de l'étude devrait être dans l'idéal celle qu'une réflexion hypothético-déductive peut obtenir. La décision retenue a été de n'utiliser comme variables « pertinentes » que celles qui sont associées de façon significative à la détection de patients avec signes précoces par an par le MG lors d'analyses univariées.

Les résultats de ces analyses univariées sont présentés dans le tableau suivant :

Tests univariés / Variable expliquée : detection_patients_avec_signes_precoces			
Variables qualitatives	p	Variables quantitatives	p
<i>duree_exercice_bis</i>	0,032718678	<i>age</i>	0,241827187606642 *
<i>stage_psy</i>	0,737624243580001 *	NS : *	
<i>formation_psy</i>	0,547848634632526 *		
<i>connaissances_signes_precoces</i>	0,547848634632526 *		
<i>schizo_precede_signes_precoces</i>	0,0592739648326715 *		
<i>au_moins_un_signe_parmis_les_plus_fqt</i>	0,041934377		
<i>PEC_spe</i>	0,019457909		
<i>evolution_modifie_par_intervention_rapide</i>	0,659360999033208 *		
<i>moyen_detection_schizo</i>	0,659360999033208 *		
<i>schizo_patientele</i>	0,031831377		
<i>PEC_dimension_psy</i>	0,710847543467322 *		

3. Analyses statistiques multivariées

Régression logistique	OR	IC	
		2,50%	97,50%
Durée exercice	4.672120e+00	4.741244e-01	1.400148e+02
Au moins un signe parmi les plus fréquents	1.179627e+01 ('.')	1.084677e+00	4.029115e+02
PEC spécialisée	1.122453e-08	1.04983e-06	1.676609e+96
Schizophrènes dans patientèle	3.246504e+00	5.855948e-01	2.083937e+0
Signification codes : 0 '****' 0.001 '***' 0.01 '**' 0.05 '.' 0.1 ' ' 1			

La régression logistique multiple a permis de montrer que : la cote de détection par les MG des patients avec des signes précoces augmente significativement de 10,79% lorsque les MG identifient au moins un signe parmi les 4 plus fréquents. Le fait d'identifier au moins un signe parmi les 4 plus fréquents multiplie la cote de détection par les MG des patients avec des signes précoces de 11,79 toutes choses égales par ailleurs.

Par ailleurs, la condition de validité du test est vérifiée en prenant la règle la plus molle :

→ $(1+1+1+1)*5 > 31$ événements « détection patients avec signes précoces ».

De plus, 13 MG sur 15 avec une expérience > 10 ans et 24 MG sur 28 avec une expérience < 10 ans ont identifié au moins un signe parmi les plus fréquents.

III/ Discussion

1 Puissance de l'étude

43 réponses ont été obtenues sur un total de 133 questionnaires envoyés, correspondant à un taux de réponse de 32,3%. Le taux de réponse est faible ; cependant le faible taux de réponse semble être très souvent mis en avant si on le met en regard de différentes études utilisant des questionnaires.

2 Biais de l'étude

Biais de sélection

Devant ce faible taux de réponse, nous pouvons formuler différentes hypothèses. Nous pouvons penser que certains médecins n'ont pas rempli le questionnaire devant le nombre important de questions. Certains médecins ne se sentent peut-être pas concernés par la psychiatrie. Il est aussi possible que le manque de connaissance et de formation soit en cause. Effectivement devant une méconnaissance de l'incidence et de la prévalence de cette maladie, certains praticiens peuvent sous-estimer le nombre de patients potentiellement concernés.

Certains médecins ont justifié leur non réponse, expliquant avoir peu de temps à consacrer à cette étude, souvent sollicités pour différentes études ou travaux de thèse, ils ne peuvent répondre à toutes les demandes du fait de leur charge habituelle de travail. Ceci constitue alors un biais de participation, par non réponse ou refus de participation.

D'autres médecins ont pu évoquer avoir des difficultés à évoquer les soucis psychiatriques avec leurs patients de « peur de mal faire » ou de « casser la relation de confiance instaurée ». En effet une autre hypothèse serait que quelques MG aient des tabous et préjugés sur la psychiatrie.

D'autre part, il est possible que certains, face à une expérience moindre en psychiatrie ne fassent pas de lien entre des signes cliniques non spécifiques anodins et la possibilité d'éléments psychiatriques.

Biais de mémorisation

Il peut exister un biais de mémorisation concernant plusieurs questions notamment le nombre de patients schizophrènes dans leur patientèle ou le nombre de patients détectés par an.

3 Extension de l'étude

Au vu du regroupement opéré avec le Nord Pas de Calais il y a peu de temps, constituant les Hauts de France, le questionnaire aurait pu être à la fois distribué dans ces départements afin d'y analyser les pratiques. En effet le maillage du réseau de soin diffère parfois d'un territoire à un autre.

4 Résultats

4.1 Données socio démographiques et expériences

Données socio démographiques

Du point de vue des données sociodémographiques, notre échantillon est faible, de plus, il n'est pas homogène et n'est donc pas représentatif de l'exercice de la médecine générale en Picardie. Une légère supériorité féminine au sein de notre groupe de praticiens est constatée. Ceci semble correspondre aux données actuelles, constatant une progressive féminisation de la profession médicale. Quand au mode d'exercice, les praticiens semblent de plus en plus délaisser le milieu rural au profit d'un exercice urbain et semi rural. En effet depuis quelques années, une désertification médicale rurale est observée par le départ en retraite de nombreux MG non remplacés.

Une majorité des répondants exerçait dans la Somme et l'Oise, il est possible que les MG de ces départements soient plus sensibilisés par la question du fait d'un maillage de praticiens psychiatres et de soins en psychiatrie plus étoffés par rapport à l'Aisne. A noter la présence dans ces deux départements d'hôpitaux psychiatriques avec un rôle moteur en terme de soins : CH Clermont de l'Oise/ Fitz James et l'hôpital Philippe Pinel d'Amiens.

Notre échantillon est constitué de 65, 1% de praticiens en exercice depuis moins de 10 ans, ce qui laisse à penser que ces jeunes MG se soient sentis plus concernés par notre étude. On peut supposer que l'essor de la recherche a pu les sensibiliser à cette question.

Formations

Le MG afin de participer à la prise en charge du patient nécessite une formation spécifique et adaptée. 44, 2% des MG de l'échantillon a déjà effectué un stage en milieu psychiatrique au cours de leur formation. Il est intéressant de voir l'intérêt grandissant des MG pour la dimension

psychiatrique, car ils constituent la première ligne de soin. Il est noté de plus une augmentation des consultations pour des troubles psychiatriques en médecine générale.

93% des praticiens n'ont jamais effectué de formation sur les psychoses émergentes. Cela peut être expliqué par le fait qu'ils préfèrent privilégier le renforcement des connaissances sur d'autres pathologies. De plus peu de formations (DU, DPC, colloques...) existe en France sur le sujet des psychoses émergentes et elles s'adressent en premier lieu aux acteurs de santé du milieu psychiatrique. Dans l'étude IGPS, moins de 20% des praticiens avaient effectué une formation sur la psychose. [43] [44] [45]

Une étude réalisée par Thomas Fovet stipule que la formation universitaire est insuffisante, devant l'absence de stage obligatoire au cours de l'externat et internat, et le nombre très restreint de stage ouvert dans la discipline. Il ajoute que le Développement Professionnel Continu (DPC) ne correspondait pas toujours aux attentes et pratiques. [46]

Des pistes sont étudiées (mises en situations cliniques lors de l'externat, stage psychiatrique obligatoire lors de l'internat). Un diplôme universitaire a été mis en place, intitulé : « Détection et Intervention Précoces des Pathologies Psychiatriques Emergentes du Jeune Adulte et de l'Adolescent » (DIPPPEJAAD) sur l'Université Paris Descartes, dirigé par le Pr M-O. Krebs. [47] Des congrès et journées de formation voient le jour sur le sujet « Psychoses émergentes ». [48] L'amélioration de la formation pourra conditionner une coopération efficace entre psychiatres et MG afin d'améliorer les prises en charge. [46]

4.2 Le repérage des signes précoces en pratique courante

Signes précédents la schizophrénie

Concernant les connaissances à la fois sur la maladie schizophrénique et le repérage des signes précoces de schizophrénie, une grande majorité estiment que leurs connaissances sont insuffisantes (88,4 et 93%). Or afin d'entamer une démarche de soin, il faut identifier les troubles ce qui nécessite un certain niveau de connaissances en psychiatrie.

90,7% des MG rapportent que la schizophrénie peut être précédée des signes précoces. Ces résultats sont similaires à l'étude de Simon menée en Suisse qui retrouve un taux de 90%. [43] Une autre étude menée au Québec, a mis en évidence un fort taux de praticiens estimant que des signes précoces étaient repérables avant un premier épisode psychotique (94,4%). [49] Ce

fort taux de réponse peut s'expliquer par les avancées effectuées dans les pays nord-américains à savoir le développement de campagne d'information et prévention auprès de la population et des praticiens généraux ainsi que de services spécialisés afin d'y orienter les sujets potentiellement à risque. [49]

Aujourd'hui on peut constater que les praticiens français sont sensibles au fait que la maladie schizophrénique est le plus souvent précédée par des signes précoces repérables. En effet pendant de nombreuses années, l'enseignement de la psychiatrie en France était le plus souvent basé sur le modèle de la BDA (bouffée délirante aigue) que l'on appelait communément le « coup de tonnerre dans un ciel serein ». De nos jours, il est reconnu et donc enseigné lors des cours magistraux que ce mode d'entrée dans la schizophrénie n'est pas le plus courant, mais que le plus souvent la maladie s'installe de façon insidieuse. [38]

Le signe précoce repéré par les MG en premier lieu est le retrait social (64.1 %). Ce qui diffère des données de l'étude ABC qui retrouve un taux de 10 %. Puis sont repérés plus facilement les symptômes positifs qui sont « bruyants » (trouble du comportement, hallucination, désorganisation psychique). Or cette phase est le plus souvent précédée de symptômes « négatifs ». L'étude ABC montre que dans 70% des cas, le tout premier signe est un symptôme négatif. Une phase dépressive est retrouvée environ deux ans et demi avant l'admission. Puis apparaît une période d'instabilité marquée par un retrait social. [50] [51] Ces symptômes négatifs peuvent paraître anodins et donc ne pas interpeler l'entourage, le milieu socio professionnel ou scolaire et le MG. Ils sont sous- estimés, devant la difficulté à faire le lien avec un possible problème psychiatrique face à un patient indemne de toute pathologie psychiatrique. Le rapport Laforcade montrent que les signes détectés par les MG sont davantage attribués à des troubles anxieux ou dépressifs, ce que le MG rencontre dans sa pratique quotidienne. [40] Les symptômes négatifs à savoir les troubles anxieux, l'humeur dépressive, l'irritabilité et l'anhédonie sont ainsi très peu repérés par les MG comme étant des possibles signes précédant la maladie schizophrénique. [52] L'étude IPGS montrent que les MG accordent plus d'importance aux symptômes positifs comme précurseurs d'une schizophrénie, et montrent moins d'intérêt pour les symptômes négatifs. [43] [44] [45]

Nous relevons un point important à savoir que le taux de tentatives de suicide et de suicide chez ces personnes est considérablement élevé par rapport à la population générale. [20] Selon l'INSERM, le suicide est la première cause de mortalité ; environ 20 à 40% des patients souffrant de schizophrénie font au moins une tentative de suicide dans leur vie et 10 à 13% en

meurent. Il est aussi important de noter que deux tiers de ces gestes ont lieu durant les six premières années d'évolution de la maladie. [53] Dans notre travail, seulement 2.6 % des MG associent les idées suicidaires comme étant un signe précoce. Cette sous-estimation du risque suicidaire est retrouvée dans l'étude menée par Verdoux en 2005 en Aquitaine. [54] On peut penser que les MG ne sont pas assez formés au repérage des risques suicidaires ou sont parfois mal à l'aise au fait de les évoquer. Il semble alors important que les MG soient sensibilisés à la prévention et donc à la symptomatologie du risque suicidaire. En effet, la région des Hauts de France est fortement marquée par ce risque, en lien avec une démographie socio-culturelle très défavorisée.

Très peu de MG mettent en lien les plaintes somatiques comme possible signe précurseur de schizophrénie. Il n'est pas rare qu'une plainte apparemment somatique couvre un réel besoin de prise en charge psychiatrique ou psychologique, ne pouvant être perçu que par le MG.

Il semble important de stipuler que les MG semblent sensibilisés et attentifs concernant la consommation de toxiques, en effet 43,6% d'entre eux mettent en avant la consommation de toxiques comme possible signes précurseurs d'une schizophrénie. Plusieurs études ont révélé un âge de début des troubles psychotiques plus précoce chez les patients schizophrènes consommateurs de cannabis par rapport aux non consommateurs. [52] [55] [56] Une méta analyse de 83 études a montré la corrélation entre usage de cannabis et âge de début des troubles psychotiques. Ceux-ci étaient de près de 2,7 ans plus précoces. [57] Le cannabis serait alors un « catalyseur » du développement de la psychose. Ces résultats montrent que la recherche des comorbidités notamment consommation de toxiques est un rôle clé de prévention du MG.

L'étude **ABC : Age, Beginning and Course (1985-1998)** a permis de caractériser plus exactement la phase prodromique de la schizophrénie qui a été retrouvé chez près de 75% des patients avec une durée moyenne de 5 ans. Les manifestations les plus présentes étaient :

- ✓ symptômes névrotiques : anxiété 18%, inquiétude 17%
- ✓ symptômes thymiques : humeur dépressive 16%, manque d'énergie 6%
- ✓ symptômes cognitifs : troubles de concentration 13%
- ✓ symptômes physiques : troubles de l'appétit et du sommeil 13%
- ✓ symptômes positifs : suspicion 10%, idées de référence 7%
- ✓ symptômes négatifs : retrait social 10%, problèmes professionnels 7%, isolement 6%

On remarque que les symptômes prédominants sont peu spécifiques et qu'au sein de cette population leur prévalence est élevée. [50] [51]

Nombre de patients détectés par an

La majorité des MG repère entre 0 et 2 patients par an avec des signes cliniques précoces de schizophrénie. Ce résultat concorde avec celui de l'étude de Simon qui retrouvait 60 % de praticiens détectant 1 à 2 patients en moyenne par an [43] Ce nombre de patients détectés ne semble pas en adéquation avec la prévalence de la schizophrénie. Un nombre conséquent de patients est donc suivi mais pas encore détectés comme potentiellement à haut risque de schizophrénie. Ce constat peut s'expliquer par la difficulté à faire le lien face à des signes cliniques non spécifiques et la crainte de stigmatisation face à l'annonce d'une potentielle symptomatologie psychiatrique. Cela souligne la nécessité d'optimiser le réseau de soins.

4.3 Conduite tenue

74,4% des MG orientent vers un psychiatre les patients présentant des possibles signes précoces de schizophrénie, démontrant le besoin de collaborer avec le secteur psychiatrique et aussi de déterminer la conduite à tenir. De plus, la connaissance et la complexité du réseau de soin psychiatrique est souvent peu connue (sectorisation, CMP).

D'autre part, le MG a un rôle de « débrouillage », en relevant les signes qui vont l'interpeller. Il devra alors faire la différence entre une simple « crise de l'adolescence », une réelle dépression, une maladie somatique et des possibles signes précoces de schizophrénie. Afin d'affiner leur suspicion, 51,2% des MG réalisent un bilan biologique, 32,6% prescrivent une imagerie et 27,9% réalisent un bilan urinaire toxicologique. Les bilans somatiques sont primordiaux afin d'éliminer tout diagnostic différentiel.

Par ailleurs, la prise en charge somatique est capitale au cours du suivi des patients diagnostiqués schizophrènes comme le montre l'étude de Loas. En effet ces patients présentent des comorbidités importantes (tabagisme, alcoolisme, toxicomanie) et une fréquence plus élevée que dans la population générale de certaines maladies (cancers, maladies cardiovasculaires et syndromes métaboliques). [58]

Lors du repérage de signes précoces, 37,2% des MG effectuent un entretien plus long et un entretien avec l'entourage dans 20,9% des cas. Il est intéressant de noter l'importance de ces chiffres malgré la complexité de ces prises en charge et la durée de consultation limitée.

Il est possible que les autres MG ne jugent pas nécessaire d'explorer davantage en jugeant bien connaître leur patient depuis plusieurs années.

4.4 Ressenti face à un patient présentant des troubles psychotiques

Les MG ont mis en avant une gêne face à ces patients lors de leurs consultations devant un manque de formation (67.4%). Le besoin de se former est de nouveau mis en avant. D'autres ont évoqué ne pas se sentir à l'aise avec ces patients dans 32,6% des cas. Ce sentiment peut être entretenu par une certaine médiatisation d'actes violents commis par des patients schizophrènes et susciter de ce fait une certaine méfiance.

30,2% d'entre eux évoquent des difficultés à gérer la dimension psychiatrique de ces patients. Certains médecins ont exposé leurs craintes à savoir la peur de rompre l'alliance et la confiance avec leurs patients à l'évocation des symptômes psychiatriques. Ils mettent en avant la crainte d'être maladroit et du risque potentiel de stigmatisation. C'est pourquoi certains préfèrent l'intervention et l'orientation rapide vers le psychiatre. Les MG font face à la difficulté de prendre en charge les troubles psychotiques du fait des caractéristiques de cette maladie : anosognosie, alliance thérapeutique et adhésion aux soins psychiatriques précaires, rupture de soins, difficultés sociales.

4.5 Pronostic

86% des praticiens estiment que le fait d'intervenir précocement a un impact sur l'évolution de la maladie. Une méta analyse orchestrée par Perkins en 2005 a montré une association entre la durée de psychose non traitée (DPNT) longue et une symptomatologie négative plus présente à savoir un plus fort dysfonctionnement social, plus de rechutes, des rémissions plus lentes, un déclin cognitif plus marqué, un abus de substance, une augmentation des troubles du comportement, un risque plus élevé de dépression et des résistances aux antipsychotiques. La DPNT s'étend du début de la phase psychotique à l'initiation d'un traitement. Sa durée est variable, de quelques semaines à quelques années, une moyenne de 2 ans est le plus souvent rapportée. [59] On s'accorde à dire que plus la DPNT est longue, plus le pronostic semble

mauvais. [35] [60] [61] De plus, un mauvais fonctionnement pré-morbide et un début insidieux sont aussi des causes de DPNT augmentée. [62] Hill met en évidence que la DPNT est également liée au défaut d'insight et l'aboulie qui est source de retard de prise en charge. [63] De plus, les symptômes anxio-dépressif, l'abus de substances et les idées suicidaires sont identifiées comme étant un frein à la demande d'aide. [64]

De plus, le dysfonctionnement social représenté en grande partie par le repli sur soi, abaisse les chances de repérage de la maladie par l'entourage. La stigmatisation de la maladie mentale et les craintes vis-à-vis du système de soin peuvent elles aussi être prise en compte dans le retard à la prise en charge et aux soins. [65] [66] Au sens contraire, de bonnes performances cognitives et les bonnes capacités en découlant peuvent expliquer une DPNT longue par rapport aux patients consultant plus tôt. [67]

On s'accorde sur la nécessité d'intervention et de prévention afin de baisser la DPNT, car une réduction de la DPNT aurait un effet sur les processus déficitaires neurobiologiques et donc préviendrait la progression des symptômes négatifs. [68]

Le but de cette intervention précoce est de pouvoir travailler avec le patient et avec son consentement de façon efficace, avant que la désorganisation psychique ou un état délirant contrecarrent les possibilités d'une meilleure adhésion aux soins et suivi qui en découleront. Une intervention précoce est alors bénéfique au vu de l'efficacité limitée des traitements et l'impact des symptômes négatifs afin d'éviter la stigmatisation et le retrait social.

4.6 Moyen de détection

Il n'existe à ce jour pas de moyen de détection fiable et reproductible. La majorité des MG vont dans ce sens (86%). Ceci reflète un intérêt de leur part en terme de recherche en santé mentale. Aujourd'hui le sens clinique du MG est primordial, comme l'affirment les médecins généralistes (67,6%) il n'existe pas d'examen précis et reproductible et il n'y a pas de signe clinique spécifique (40,5%).

Seul 14% d'entre eux pensent qu'il existe un moyen de détection fiable, qui serait constitué par la détection de signes précoces cliniques dans 83,3% des cas. Cette question est assez ambiguë, en effet les signes précoces détectés peuvent amener à suspecter et repérer les sujets à haut

risque de schizophrénie cependant ces signes sont non spécifiques, ce qui a possiblement amené certains médecins à répondre positivement à cette question.

Le rapport de Krebs tend à développer les recherches pour favoriser l'essor de nouveaux outils de dépistage, d'évaluation ou de prises en charge favorisant l'insertion sociale. [69]

4.6.1 Marqueurs biologiques et moléculaires

La physiopathologie reste encore à ce jour en grande partie méconnue. Le développement et la recherche vers l'identification de marqueurs biologiques se sont développés. La finalité est de trouver des bases biologiques pour expliquer l'évolution des troubles. Le but étant de réaliser un dépistage précoce des personnes à risque en ciblant la prévention et d'éviter à certains sujets de recevoir des traitements inutiles et potentiellement délétères ainsi que de modifier le pronostic.

A ce jour, il n'y a pas encore de biomarqueurs utilisables en routine clinique. En effet, ceux-ci doivent être précis, reproductibles, acceptés par le patient, avoir une bonne sensibilité et spécificité et doivent être interprétables facilement. Quelques études en cours sont prometteuses, notamment une collaboration entre l'équipe du CJAAD de Paris et l'université de Cambridge qui travaillent sur un groupe de biomarqueurs périphériques, prédictifs de l'évolution psychotique lorsqu'ils sont associés aux données de la clinique. [70] Ces résultats nécessitent d'être confirmés mais sont un espoir pour la recherche dans ce domaine.

4.6.2 L'imagerie : une voie prometteuse

Les études portant sur la recherche en imagerie dans la schizophrénie ont explosé ces dernières années de par le progrès de celle-ci. Mais c'est surtout en lien avec la possibilité d'explorer la structure et le fonctionnement cérébral in vivo. L'imagerie s'est particulièrement intéressée à l'étude des sujets « à risque » avec pour objectif de repérer des marqueurs en imagerie devant cet état à risque de psychose afin de mieux comprendre les processus psychopathologiques lors de la « transition » vers la psychose.

La méta analyse de Fusar et Poli montre une diminution de volume de matière grise chez les sujets considérés « à risque ». Cependant on retrouve une faible sensibilité des mesures volumétriques. [71] Sur le plan biochimique, des dysfonctionnements des systèmes dopaminergiques et glutamatergiques ont été retrouvés. Ces résultats bien que prometteurs dans la détection précoce doivent être confirmés et reproduits sur des échantillons plus larges. [35]

A ce jour les recherches se portent plutôt sur la création de « marqueurs composites » alliant des données cliniques, des données d'imagerie, des données électrophysiologiques et des données génétiques comme le montre les études de Cao et Koutsouleris. [72] [73]

4.7 Traitement

58,1% des praticiens privilégient la mise en place d'un traitement d'emblée devant des signes précoces de schizophrénie. Parmi ceux-ci, deux tiers des praticiens privilégient les neuroleptiques à visée anti-productive et la moitié des anxiolytiques.

Le reste de la question devait évaluer le temps de prescription et de réévaluation des différents traitements. Les résultats à cette question ne peuvent pas être évalués précisément car les médecins n'ont pas précisé le temps de prescription et de réévaluation suivant le traitement prescrit. Une formulation plus précise de la question aurait amélioré la qualité des réponses. Nous aurions pu faire préciser quelles molécules et à quel dosage les MG prescrivaient le traitement et s'ils étaient initiateurs de la mise en place du traitement.

Il semble que les MG se réfèrent pour une partie d'entre eux (30,4%) à l'avis du psychiatre pour la durée de prescription. On peut alors penser que les MG soient aussi demandeurs de conseils auprès du psychiatre lors de l'instauration d'un psychotrope.

Par cette question, il n'est évoqué que le traitement médicamenteux, mais d'autres thérapeutiques auraient pu être mises en avant qui associées à la prise en charge médicamenteuse semble donner des résultats concluants (TCC, réhabilitation psycho sociale, étayage familial). Par exemple dans l'étude de Gaag, parmi 201 « sujets à risque » inclus, le taux de transition était de 16,3% en 18 mois avec un taux deux fois moins élevé dans le groupe TCC. [74]

Stratégies thérapeutiques

✓ Médicamenteuses

Il n'existe pas de consensus de prescription lors d'apparition de signes précoces. La première étape du traitement consiste en une évaluation globale de la situation. Les sujets identifiés comme étant à risque sont alors suivis et traités de façon symptomatique avec comme idée de « traiter ce qui se voit » (abus et dépendance aux toxiques, dépression, anxiété...). Le niveau d'intervention doit évoluer selon le degré symptomatique, qualifié d'approche « pas à

pas » [75] Il ne s'agit pas « d'attendre » mais de proposer un soutien médicamenteux et non médicamenteux adapté à chaque patient.

Les traitements antidépresseurs sont indiqués en présence de troubles dépressifs ou anxieux, afin de limiter le risque suicidaire. A ce jour certains travaux suggèrent leur efficacité pour réduire le risque de transition psychotique, mais ces résultats doivent faire l'objet d'autres études contrôlées afin d'évaluer leur reproductibilité. [76]

L'instauration d'un traitement antipsychotique doit s'évaluer en fonction du rapport bénéfices/risques. En effet les effets indésirables associés à ces médicaments ne sont pas négligeables, ni à court terme (symptômes neurologiques, syndrome malin, risque de troubles du rythme par allongement du QT, altérations hépatiques), ni à moyen et long terme (syndrome métabolique, surmortalité cardiovasculaire) justifiant un bilan préalable et une surveillance rapprochée. Il n'y a pas de preuve suffisante du bénéfice apporté par les antipsychotiques chez un sujet à haut risque de psychose pour les prescrire systématiquement devant des signes prodromiques.

✓ Non médicamenteuses

Les thérapies cognitives, motivationnelles et psychosociales peuvent à la fois aborder les dimensions anxieuses et la gestion du stress, l'estime de soi, l'apragmatisme. L'association à des programmes de psychoéducation, hygiène de vie et thérapies motivationnelles sont aussi utiles afin de réduire la consommation de toxiques.

Le « gestionnaire de cas » va permettre de soutenir le patient en visant le maintien ou la reprise de son activité sociale tout en facilitant l'accès et une adhésion aux soins rapide en cas de transition psychotique. [77] Les interventions auprès de la famille ont elles aussi un intérêt, par l'instauration de pratiques psycho-éducative comme le souligne Krebs. [69]

Le domaine de l'intervention précoce change les pratiques médicales courantes, en effet il faut prendre en charge un patient présentant un syndrome ou un tableau clinique sans certitude sur le diagnostic final. Ainsi, cela ne se réfère pas à une démarche médicale basée sur la recherche d'un diagnostic, puis la mise en place de différentes stratégies thérapeutiques tirées de recommandations d'experts ; mais plutôt à une médecine probabiliste. Cette situation se retrouve chez les patients présentant un premier épisode psychotique, en effet le diagnostic final reste incertain (schizophrénie, trouble bipolaire, épisode unique, autres psychoses...). Le

diagnostic ne se fera qu'après plusieurs mois d'observation cependant la prise en charge doit être débutée immédiatement. [78]

Le psychiatre possède dans sa pratique un outils afin d'étayer les différents diagnostics à savoir le DSM. Or malgré cette aide, le diagnostic n'est pas aisé. Différents groupes de travail se sont penchés sur la question, l'introduction dans le DSM-5 d'une catégorie « syndrome de psychose atténuée (APS) » ou état mental à risque a été différée, l'affectant à la section III du DSM-5. On remarque une fiabilité insuffisante des critères et une crainte de stigmatisation inutile (seul 10 à 30% des patients évolueront vers une psychose). Ils concluent en la nécessité de continuer à évaluer cette entité clinique. [79] [80]

En juin 2017, la 10ème édition de JIPEJAAD a établi une feuille de route pour rattraper le retard français et réfléchir à l'élaboration de recommandations en termes de soins. [69]

4.8 Suivi

Les MG de notre échantillon ont déclaré pour 65,1% d'entre eux avoir des patients diagnostiqués schizophrènes dans leur patientèle. Et parmi ceux-ci, ils affirmaient voir entre 1 et 3 patients au cours de l'année pour 70,4% d'entre eux. 34,9% déclaraient n'avoir pris en charge aucun patient schizophrène au cours de l'année. Ces résultats contrastent avec l'étude de Verdoux, où plus de 50% des MG déclaraient recevoir entre 1 et plus de 3 patients par mois. Cette différence peut s'expliquer par une collaboration plus étroite entre le milieu psychiatrique et les MG dans la région Aquitaine. [54] Ces résultats nous dévoilent une faible expérience avec la clinique de la maladie schizophrénique au vu du faible nombre de patients diagnostiqués schizophrènes au sein de la patientèle des MG.

Le MG voit alors peu de patients diagnostiqués schizophrène dans sa pratique quotidienne alors que la prévalence de cette maladie est élevée, Notons, que les patients schizophrènes ne sont pas de grand « consommateurs » de soins et donc sollicitent très peu leur MG à la fois pour des problèmes somatiques que psychiques.

En revanche, le délai entre chaque consultation révèle une grande flexibilité et une disponibilité des MG car ceux-ci déclarent voir les patients diagnostiqués schizophrène tous les 1 à 3 mois. Cette disponibilité est primordiale, afin que le patient puisse venir rapidement consulter et ainsi préparer au mieux une hospitalisation en milieu psychiatrique si nécessaire.

4.9 Prise en charge de la dimension psychiatrique

Nous avons retrouvé une faible proportion de MG qui déclarent assumer la dimension psychiatrique de leurs patients diagnostiqués schizophrènes (30,2%). Et 100% de ceux-ci disent l'assumer en collaboration avec le psychiatre. La double prise en charge trouve alors tout à fait sa place, avec une volonté des MG de prendre en charge leurs patients dans leur globalité. En effet, les MG auront pour certains connus l'état antérieur de leur patient, les épisodes aigus, les difficultés familiales, les difficultés de la prise en charge psychiatrique. Ainsi le lien qui s'est créé au fil du temps rend la dimension psychiatrique plus facile à assumer.

C'est pourquoi il sera difficile pour le médecin généraliste de s'interroger et de s'immiscer dans la dimension psychiatrique d'un patient qu'il ne suit pas habituellement et avec qui il n'a encore tissé de liens et qui parfois est déjà bien suivi sur le plan psychiatrique. Ceci pourrait expliquer une partie de nos résultats puisque notre échantillon est constitué de jeunes MG dont un certain nombre de remplaçants et l'on peut supposer que l'ancienneté commune avec leur patientèle est trop faible afin de créer des liens.

De plus, les MG affirment pour 69,8% d'entre eux ne pas prendre en charge la dimension psychiatrique. Ils justifient ce choix par la présence d'un suivi psychiatrique déjà en place pour ces patients. On peut supposer également que le patient cherche à scinder les prises en charge afin de préserver la relation qu'il noue avec son MG.

D'autre part, 50% des MG ne prennent pas en compte la dimension psychiatrique de ces patients devant la complexité de la prise en charge thérapeutique. Cette prise en charge pourrait être améliorée par une meilleure connaissance du réseau de soin en psychiatrie et collaboration avec le psychiatre. 13,3% évoquent une collaboration difficile avec le psychiatre.

Concernant le manque de temps, 10% des MG l'ont mis en avant. En effet, ces patients nécessitent une prise en charge spécifique psychiatrique et donc chronophage. A partir du 1^{er} mai 2017 les honoraires de consultations des médecins généralistes ont été revalorisés à 25 euros. Cette revalorisation semble encore dérisoire face à la contrainte de temps engendrée par une patientèle s'étoffant au vu de la démographie médicale actuelle (départ en retraite, intérêt moindre vis-à-vis de l'exercice de la médecine générale en libérale de la part des jeunes diplômés).

4.10 Collaboration avec le milieu psychiatrique

41,8% des médecins généralistes se disent satisfaits, voire très satisfaits de la collaboration (7%) avec le milieu psychiatrique. Ce taux semble faible au sein de notre étude, et nécessite une amélioration de cette collaboration. En effet, une moitié des MG (51%) ont mis en avant un défaut de collaboration avec le psychiatre, probablement expliqué par un manque de communication. Parmi eux, une part non négligeable de médecins évoquent se sentir très insatisfaits (18,6%) vis-à-vis de cette collaboration.

Dans une étude réalisée par Cohidon, les MG mettaient en avant des difficultés à communiquer et seulement un tiers d'entre eux évoquaient avoir été contacté par l'équipe psychiatrique du secteur. Les MG avaient aussi exprimé le besoin d'être associés au suivi. Une majorité des médecins concluaient avoir conscience de la fréquence des troubles mentaux dans leur pratique quotidienne. Malgré cela, ils étaient réticents à orienter les patients vers le secteur psychiatrique qu'il percevait de façon négative. [81]

Selon le rapport Laforcade, les MG déclarent avoir des relations difficiles avec les secteurs psychiatriques : seuls 35 % déclarent être suffisamment informés sur leurs missions et leurs activités, alors que plus de 90 % déclarent avoir des patients qui y sont suivis, seulement 40 % disent pouvoir contacter facilement le secteur psychiatrique en cas de besoin et 22 % être régulièrement informés de la situation de leurs patients qui y sont suivis. [42] Les MG déplorent également les retours insuffisants des psychiatres concernant les patients qu'ils leur ont adressés et l'absence fréquente de lettre de sortie suffisamment documentée après une hospitalisation en psychiatrie. L'étude de Milleret va dans le sens d'un défaut de communication entre les professionnels de santé. Lors de l'orientation du patient, 97% des MG adressaient un courrier au psychiatre. Seul 26% recevaient une réponse à ce courrier. [82]

En France, le taux d'adressage des MG vers les psychiatres est l'un des plus faibles d'Europe, ce qui peut s'expliquer par la difficulté de déterminer à quel moment le MG doit se tourner vers le psychiatre. Il est également compliqué d'identifier le bon interlocuteur dans le paysage de la psychiatrie. L'ensemble de ces constats milite pleinement pour renforcer les liens entre la médecine générale et la psychiatrie. [40]

4.11 Difficultés mises en avant

Les principales difficultés mises en avant sont : de déterminer les conduites à tenir face à des signes précoces (37,2%) et de convaincre les patients d'accepter les soins (55,8%). Il est possible que ces difficultés soient en lien avec le défaut de formation, de connaissance du milieu psychiatrique, et la qualité de collaboration et communication entre les différents professionnels de santé concernant la conduite à tenir. Il n'est pas rare que les psychiatres ne soient pas disponibles et que de ce fait le délai pour l'obtention d'un RDV soit long.

La difficulté à convaincre le patient d'accepter les soins peut s'expliquer par les symptômes de la maladie : anosognosie, méfiance, crainte de stigmatisation. Le praticien fait également face à la réticence de la famille pour les mêmes raisons.

Concernant les autres difficultés, 7 % des MG ont exprimé avoir des difficultés à dépister des signes précoces. La raison peut être qu'il est difficile de différencier les troubles imputables à une psychose émergente de la psychopathologie classique de l'adolescence. Ce résultat contraste avec le défaut de connaissance sur les signes précoces exprimé auparavant. Il semble que les deux autres points cités sont bien plus sujet à difficultés dans leur pratique quotidienne.

Pour Krebs, l'accès aux soins et au dépistage doit être amélioré en amont des systèmes spécialisés. « Pour cela, il faudra faire jouer un rôle crucial aux systèmes de soins primaires et aux professionnels non médicaux ; il serait aussi souhaitable d'améliorer le niveau de connaissances de la population générale par des campagnes de sensibilisation et d'information » [83]

De plus, nous mettons en évidence la difficulté de réaliser un diagnostic trop précoce qui peut être aussi nuisible au patient, du fait de la mise en place de traitements inadaptés ou inutiles, voire d'une éventuelle stigmatisation.

4.12 Les attentes et perspectives des médecins généralistes

Une grande majorité des MG plébiscitent un besoin de se former spécifiquement et de rencontrer les acteurs du soin psychiatrique afin de fluidifier le parcours de soins du patient. Pour cela, il est nécessaire que les psychiatres s'engagent à proposer des formations à destination des médecins généralistes du secteur. L'idéal serait de proposer des formations

locales afin de se rapprocher au mieux des pratiques des médecins généralistes du territoire. Ces formations pourraient être intégrées aux FMC déjà existantes.

De plus la création d'un site internet pourrait être réalisé afin d'y renseigner les différents contacts (psychiatres libéraux, centre médicaux psychiatriques, urgences psychiatriques, sectorisation dont dépend le patient). Ainsi le MG pourrait facilement avoir « un avis téléphonique » devant une suspicion diagnostique, une conduite à tenir face à une nécessité d'hospitalisation, et un avis thérapeutique.

Une autre solution plébiscitée, serait d'organiser des rencontres, où le MG pourrait aller rencontrer les équipes soignantes au sein des locaux hospitaliers afin de découvrir les structures et leur mode de fonctionnement. Ceci aurait alors pour but « d'ouvrir » le secteur psychiatrique sur l'extérieur. Ces rencontres pourraient aussi constituer des réunions de concertations pluridisciplinaires entre les différents acteurs de soins prenant en charge le patient. Le but serait alors d'impliquer au mieux les différents corps médicaux au regard de leurs expériences et compétence afin d'établir un plan de soin correspondant au mieux au patient.

La création de centres experts au sein de la région semble une piste à promouvoir par leur rôle d'évaluation, de prévention et de suivi rapproché.

✓ Le développement des centres expert

En 2007, la création d'un réseau national de centres experts a vu le jour. [84] Leurs activités se basent sur différents constats : le retard au diagnostic, la nécessité d'un bilan complet difficile à réaliser en pratique quotidienne, le faible niveau d'adéquation entre les soins pratiqués en routine et la coordination parfois insuffisante entre les différents acteurs de soin. [38]

Ces centres experts sont des structures d'amont pluridisciplinaires mises au service des professionnels de santé ayant pour objectifs :

- ✓ D'aider au dépistage, au diagnostic et à la prise en charge de patients suspectés comme étant à haut risque de schizophrénie.
- ✓ Développement d'une stratégie de partage d'expérience en proposant des projets personnalisés de soin étayés par un bilan complet
- ✓ Mise à disposition de techniques innovantes de soins
- ✓ Faciliter l'accès au système de soin existant, sans se substituer aux structures existantes

- ✓ Eviter la stigmatisation, pour ces patients qui n'ont jamais eu de contact avec le milieu psychiatrique
- ✓ Assister les MG et améliorer la coordination entre tous les professionnels au contact du patient (CMP (centre médico psychologique), services de psychiatrie, services sociaux, professionnels scolaire, justice, milieux associatifs...)

Cependant ces structures manquent de visibilité et le développement pour leur répartition sur le territoire national sont concomitants des moyens financiers engagés. On constate malgré leur création une grande disparité dans leur fonctionnement ainsi qu'une absence de réseau entre les différents acteurs. [84] [85] Les médecins picards ne possèdent pas ce genre de structure sur leur territoire, ils doivent s'orienter vers les centres de Lille ou Paris.

En 2017, la volonté de Krebs est de déployer un réseau national de centres spécialisés dans l'intervention précoce, articulés avec les structures existantes et de créer un centre ressource coordonnant le réseau à l'échelle nationale. [69]

- ✓ La Maison des Adolescents (MDA),

La littérature met en avant l'intérêt des MDA. C'est un lieu qui accueille les adolescents de 11 à 25 ans. Elle s'adresse également à leurs familles et aux professionnels. Les missions y sont diverses : « L'adolescent doit retrouver, dans ce lieu, tous les moyens de construire son avenir : accueil, écoute, information, orientation, évaluation, accompagnement social éducatif juridique ». [86]

- ✓ Collaboration avec l'entourage /milieu scolaire

L'entourage a un rôle crucial, car le jeune s'adressera à une personne en qui il a confiance. Peu d'entre eux demande directement de l'aide à un professionnel de santé. Le rôle des parents est alors primordial, dans le repérage des difficultés des adolescents et ainsi amener à consulter.

Le sénateur Milon A. en 2009 dit : « l'ignorance dans laquelle se trouve l'entourage pour identifier les premiers symptômes, la tendance à banaliser la première crise font perdre un temps précieux avant la consultation d'un médecin spécialisé ». [87]

L'école constitue un lieu précieux afin de repérer les jeunes en difficultés, car les répercussions scolaires et sociales se révèlent très souvent lors de l'aggravation des symptômes. Différentes initiatives voient le jour, ainsi se développent des collaborations entre l'enseignement et les services de santé, comme par exemple le dispositif Fil Harmonie [88] ou le C'JAAD de l'hôpital

sainte-Anne afin de faciliter l'accès aux soins des élèves repérés comme ayant des difficultés psychologiques. [89] Ces différentes études de terrain pointent la nécessaire articulation entre professionnels de santé, professionnels de l'éducation et l'entourage proche.

✓ Groupe de paroles

Un MG évoque la création de groupes de paroles pour les patients qui pourraient être gérés par le personnel infirmier. Ce type d'intervention serait effectivement bénéfique afin d'y suivre des patients à haut risque de schizophrénie et ainsi de créer une alliance afin de préparer au mieux une éventuelle hospitalisation et la mise en place de thérapeutiques.

Les médecins généralistes sont globalement demandeurs de structures externes telle que des CMP, des équipes mobiles. Ils rejoignent alors les principes actuels de la psychiatrie qui prônent une ouverture vers l'extérieur et un décloisonnement de la psychiatrie.

L'étude IGPS met en évidence un besoin de services spécialisés, de centres d'évaluation et besoin de développer la prévention extra hospitalière. [45]

De nombreux moyens sont déjà en place, il reste alors au personnel soignant du milieu psychiatrique de former le reste des professionnels de santé au bon usage de ses différents outils.

V/ CONCLUSION

La schizophrénie est une pathologie fréquente qui constitue un problème majeur de santé publique par le handicap social et la souffrance qu'elle engendre. Malgré sa prévalence élevée, ce trouble reste difficile à appréhender par les professionnels de santé et stigmatisé par la population générale, entraînant un retard diagnostique et un retard de prise en charge. Ceci pouvant être expliqué par un mode d'entrée dans la maladie insidieux, souvent difficile à repérer et par le fait que ces patients sont pour la plupart peu ou non demandeurs de soins.

A ce jour, de nombreuses études s'orientent vers un dépistage précoce de sujet à haut risque de schizophrénie afin de prendre en charge rapidement ces patients. En effet le délai entre le début des troubles et un diagnostic constitue un facteur de pronostic majeur.

C'est pourquoi, les MG, en tant qu'acteurs de soins primaires, occupent une place principale dans la prise en charge des sujets à haut risque de schizophrénie afin d'améliorer l'accès aux soins. Le MG est le plus souvent le premier interlocuteur du patient. Ses capacités d'écoute et de soutien sont essentielles, afin de prendre en compte la dimension psychiatrique accompagnant les divers troubles somatiques. Une plainte somatique peu spécifique peut masquer un réel besoin de prise en charge psychiatrique. Il doit alors juger le besoin de prise en charge psychiatrique tout en éliminant les potentiels urgences somatiques. Le médecin se retrouve alors dans ce « rôle d'alerte » dont le secteur psychiatrique a grandement besoin.

L'étude que nous avons réalisée, a cherché à faire un état des lieux des pratiques des MG dans leur activité quotidienne face à des signes précoces de schizophrénie. Les MG sont intéressés par la psychiatrie, une partie y ayant déjà effectuée des stages au cours de leur cursus universitaire. Cependant ils manquent d'expérience en pratique courante, peu de MG repèrent ou suivent des patients schizophrènes dans leur patientèle. Ce constat peut s'expliquer par le jeune âge de notre échantillon de médecins.

Les MG interrogés souhaitent se former plus spécifiquement sur la psychose dans le cadre de formations médicales continues afin d'améliorer leurs pratiques, d'assimiler un « savoir-faire » et faciliter l'orientation si besoin. En effet la majeure partie des médecins interrogés semblent connaître les signes à repérer mais évoquent des difficultés face à la conduite à tenir devant ces signes.

De plus, les MG montrent un intérêt dans la volonté de traiter et suivre ces patients dans leur globalité, c'est pourquoi ils sont demandeurs de contact avec le secteur psychiatrique, et attendent plus de développement de structures ambulatoires.

L'autre grande conclusion de notre enquête est le besoin d'améliorer la collaboration avec le milieu psychiatrique. Un rapprochement entre les professionnels semble nécessaire, en impliquant les compétences et expériences de chacun afin de faciliter l'accès aux soins des patients.

VI/ BIBLIOGRAPHIE

- [1] Laprevote V, Heitz U, Di Patrizio P, Studerus E, Ligier F, Schwitzer T, Schwan R, Riecher-Rössler A. Pourquoi et comment soigner plus précocément les troubles psychotiques? Presse med 2016 ; 45(11) : 992-1000.
- [2] Souaiby L, Gaillard R, Krebs M-O. Durée de psychose non traitée : état des lieux et analyse critique. Encephale 2016 ; 42 : 361-6.
- [3] Kraepelin E. Dementia praecox and paraphrenia. Chicago : Chicago Medical Book CO ; 1919.
- [4] Bleuler E. Démence précoce ou le groupe des schizophrénies : trad. Fr. Ey H, Paris : GREC/EPEL ; 1993.
- [5] Cameron JP. Early schizophrenia. Am J Psychiatry 1938 ; 95 : 567-78.
- [6] Chapman J. The early symptoms of schizophrenia. Br J Psychiatry 1966 ; 112 : 225-51.
- [7] Meehl PE. Prospectives for Research on schizophrenia. II. Clinical issues. Classical symptoms of schizophrenia. Neurosci Res Program Bull 1972 ; 10(4) : 377-80.
- [8] Meehl PE. Schizotaxia revisited. Arch Gen Psychiatry 1989 ; 46(10) : 935-44.
- [9] Gottesman II, Shields J. Schizophrenia in twins : 16 years' consecutive admissions to a psychiatric clinic. Dis Nerv Syst 1966 ; 7 : 11-9.
- [10] Rosenthal D, Wender PH, Kety SS, Welner J, Schulsinger F. The adopted-away offspring of schizophrenics. Am J Psychiatry 1971 ; 128 : 307-11.
- [11] Yung AR, Mc Gorry PD. The initial prodrome in psychosis : descriptive and qualitative aspects. Aust N Z J Psychiatry 1996 ; 30 : 587-99.
- [12] Häfner H, Löffler W, Maurer K, Hambrecht M, An Der Heiden W. Depression, negative symptoms, social stagnation and social decline in the early course of schizophrenia. Acta Psychiatr Scand 1999 ; 100 : 105-18.
- [13] Moller P, Husby R. The initial prodrome in schizophrenia : searching for naturalistic core dimensions of experience and behavior. Schizophr Bull 2000 ; 26 : 217-32.

- [14] Gourion D, Gourevitch R, Leprovost JB, Olié H, Lôo JP, Krebs MO. L'hypothèse neurodéveloppementale dans la schizophrénie. *Encéphale* 2004 ; 30 : 109-18.
- [15] American Psychiatric Association. DSM IV. Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux. Traduction française coordonnée par Guelfi JD, Paris : Masson, 1996.
- [16] McGorry PD, McFarlane C, Patton GC, Bell R, Hibbert ME, Jackson HJ et al. The prevalence of prodromal features of schizophrenia in adolescence : a preliminary survey. *Acta Psychiatr Scand* 1995 ; 92 : 241-9.
- [17] Jackson HJ, McGorry PD, Dudgeon P. Prodromal symptoms of schizophrenia in first episode psychosis : prevalence and specificity. *Compr Psychiatry* 1995 ; 36 : 241-50.
- [18] Gourrier-Frery C, Chan Chee C, Beltzer N. Prévalence de la schizophrénie et autres troubles psychotiques en France métropolitaine. *Eur Psychiatr suppl* 2014 ; 29 : p625.
- [19] Knapp M, Andrew A, McDaid D, Iemmi V, McCrone P, Park Ala et al. ResearchGate [en ligne]. London : Rethink Mental Illness, 2014 [consulté le 30 janvier 2018]. Mis à jour le 23 juin 2014. Disponible sur [https://www.researchgate.net/publication/262637026 Investing in recovery Making the business case for effective interventions for people with schizophrenia and psychosis.pdf](https://www.researchgate.net/publication/262637026_Investing_in_recovery_Making_the_business_case_for_effective_interventions_for_people_with_schizophrenia_and_psychosis.pdf)
- [20] Gavaudan G, Besnier N, Lançon C. Suicide et schizophrénie : évaluation du risque et prévention. *Ann Méd Psychol* 2006 ; 164 : 165-75.
- [21] Fusar-Poli P, Nelson B, Valmaggia L, Yung AR, McGuire PK. Comrbid depressive and anxiety disorders in 509 individuals with an at-risk mental state : impact on psychopathology and transition to psychosis. *Schizophr Bull* 2014 ; 40 : 120-31.
- [22] McGorry PD. Early clinical phenotypes and risk for serious mental disorders in young people : need for care precedes traditional diagnoses in mood and psychotic disorders. *Can J Psychiatry* 2013 ; 58 : 19-21.
- [23] Fusar-Poli P, Borgwardt S, Bechdolf. The psychosis high risk state : a comprehensive state of the art review. *JAMA Psychiatry* 2013 ; 70 : 107-20.
- [24] Verdoux H, Tournier M, Cougnard A. Impact of substance use on the onset and course of early psychosis. *Schizophr Res* 2005 ; 79 : 69-75.

- [25] Yung AR, Mc Gorry. The prodromal phase of first episode : past and current conceptualizations. *Schizophr Bull* 1996 ; 22 : 353-70.
- [26] Michel C, Toffel E, Schmidt SJ, Eliez S, Armando M, Solida-Tozzi A et al. Détection et traitement précoce des sujets à haut risque clinique de psychose : définitions et recommandations. *Encéphale* 2017 ; 43 : 292-7.
- [27] Yung AR, Phillips LJ, Yuen HP, Francey SM, McFarlane CA, Hallgren M. Psychosis prediction : 12-month follow up of a high-risk (« prodromal ») group. *Schizophr Res* 2003 ; 60 : 21-32.
- [28] Haroun N, Dunn L, Haroun A, Cadenhead K. Risk and protection in prodromal schizophrenia : ethical implications for clinical practice and future research. *Schizophr Bull* 2006 ; 32 : 166-78
- [29] Krebs MO, Magaud E, Willard D, Elkhasen C, Chauchot F, Gut A et al. Evaluation des états mentaux à risque de transition psychotique : validation de la version française de la CAARMS. *Encéphale* 2014 ; 40 : 447-56.
- [30] Teyssier JR. Prodromes de la schizophrénie : consensus ou confusion ? *Encéphale* 2013 ; 39 : S1-S7.
- [31] Huber G, Gross G. The concept of basic symptoms in schizophrenic and schizoaffective psychoses. *Recenti Prog Med* 1989 ; 80 : 646-52.
- [32] Gross G. The « basic » symptoms of schizophrenia. *Br J Psychiatry suppl* 1989 ; 7 : 21-5.
- [33] Klosterkötter J, Hellmich M, Steinmeyer EM, Schultze-Lutter F. Diagnosing schizophrenia in the initial prodromal phase. *Arch Gen Psychiatry* 2001 ; 58 : 158-64.
- [34] Klosterkötter J, Schultze-Lutter F, Bechdolf A, Ruhrmann S. Prediction and prevention of schizophrenia : what has been achieved and where to go next ? *World Psychiatry* 2011 ; 10 : 165-74.
- [35] Petitjean F, Canceil O, Gozlan G, Coste E. Dépistage précoce des schizophrénies. *Encycl Méd Chir, Psychiatrie* 2008, 37-282-A-30.
- [36] Ruhrmann S, Schultze-Lutter F, Salokangas RK, Heinimaa M, Linszen D, Dingemans P et al. Prediction of psychosis in adolescents and young adults at high risk : results from the prospective European Prediction of Psychosis Study. *Arch Gen Psychiatry* 2010 ; 67 : 241-51.

- [37] Von Reventlow HG, Krüger-Özgürdal S, Ruhrmann S, Schultze-Lutter F, Heinz A, Patterson P et al. Pathways to care in subjects at high risk for psychotic disorders – a european perspective. *Schizophr Res* 2014 ; 152 : 400-7.
- [38] Le Galudec M, Stephan F, Mascret R, Bourgin J, Walter M. Diagnostic précoce de la schizophrénie : une mission pour les médecins généralistes ? *Presse Med* 2011 ; 40 : 3-9.
- [39] Daron A. Travailler en réseau : le patient schizophrène et son médecin généraliste. *Santé conjugulée* 2009 ; 49.
- [40] Laforcade M. Ministère des Solidarités et de la Santé. [en ligne]. Paris : Ministère des solidarités et de la Santé, publié en octobre 2016 [consulté le 10 mars 2018]. Mis à jour le 1^{er} décembre 2017. Disponible sur http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/dgos_rapport_laforcade_mission_sante_mentale_011016.pdf
- [41] Addington J, Van Mastrigt S, Hutchinson J, Addington D. Pathways to care : help seeking behaviour in first episode psychosis. *Acta Psychiatr Scand* 2002 ; 106 : 358-64.
- [42] Mas R, Ulrich V, Gerber SL, Minodier C, DPNTays S, Fourcade N. Organisation de l'offre de soins en psychiatrie et santé mentale. *DREES, série études et recherches* 2014 ; 129
- [43] Simon A, Lauber C, Ludewig K, Umbricht D, Braun-Sharm H. General practitioners and schizophrenia : results from a Swiss survey. *Br J Psychiatry* 2005 ; 187 : 274-81.
- [44] Simon A, Theodoridou A, Schimmelman B, Schneider R, Conus P. The Swiss Early Psychosis Project SWEPP : a national network. *Early Interv Psychiatry* 2012 ; 6(1) : 106-11.
- [45] Simon A, Lester H, Tait L, Stip E, Roy P, Conrad G et al. The International Study on General Practitioners and Early Psychosis (IGPS). *Schizophr Res* 2009 ; 108 : 182-90.
- [46] Fovet T, Amad A. Etat actuel de la formation des médecins généralistes à la psychiatrie et à la santé mentale en France. *Info Psy* 2014 ; 90 : 319-22.
- [47] Krebs MO. Le portail de la formation continue [en ligne]. Paris : Université Paris Descartes [consulté le 20 février 2018]. Disponible sur [http://www.scfc.parisdescartes.fr/index.php/descartes/formations/medecine/psychiatrie-addictologie/detection-et-intervention-precoces-des-pathologies-psychiatriques-emergentes-du-jeune-adulte-et-de-l-adolescent-dippejaad/\(language\)/fre-FR](http://www.scfc.parisdescartes.fr/index.php/descartes/formations/medecine/psychiatrie-addictologie/detection-et-intervention-precoces-des-pathologies-psychiatriques-emergentes-du-jeune-adulte-et-de-l-adolescent-dippejaad/(language)/fre-FR)

- [48] Godet PF, Ramdani A. Société de l'Information Psychiatrique. [en ligne]. Saint Cyr. [consulté le 10 mai 2018]. Disponible sur [http:// https://sphweb.fr/wp-content/uploads/2018/07/PROGRAMME_8pages_2018-2.pdf](http://https://sphweb.fr/wp-content/uploads/2018/07/PROGRAMME_8pages_2018-2.pdf)
- [49] Stip E, Boyer R, Sepehry A, Rodriguez JP, Umbricht D, Tempier A et al. On the front line : survey on shared responsibility. General practitioners and schizophrenia. Santé mentale au Québec 2007 ; 32 : 281-97.
- [50] Häfner H, Maurer K, Löffler, An Der Heiden W, Munk-Jorgensen P, Hambrecht M et al. The ABC schizophrenia study : a preliminary overview of the results. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol 1998 ; 33 : 380-6.
- [51] Häfner H, Riecher-Rössler A, Hambrecht M, Maurer K, Meissner S, Schmidtke A et al. IRAOS : an instrument for the assessment of onset and early course of schizophrenia. Schizophr Res 1992 ; 6 : 209-23.
- [52] Dervaux A, Krebs MO, Laqueille X. Is cannabis responsible for early onset psychotic illnesses ? Neuropsychiatry 2011 ; 1 : 203-7.
- [53] Krebs MO. Inserm. [en ligne]. Paris : Inserm [consulté le 5 avril 2018]. Mis à jour le 1^{er} mai 2014. Disponible sur <https://www.inserm.fr/information-en-sante/dossiers-information/schizophrenie>
- [54] Verdoux H, Cougnard A, Grolleau S, Besson R, Delcroix F. A survey of general practitioners' knowledge of symptoms and epidemiology of schizophrenia. Eur Psychiatry 2006 ; 21 : 238-44.
- [55] Barnes TRE, Mutsatsa SH. Comorbid substance use and age at onset of schizophrenia. Br J Psychiatry 2006 ; 188 : 237-42.
- [56] Compton MT, Kelley ME. Association of pre-onset cannabis, alcohol, and tobacco use with age at onset of prodrome and age at onset of psychosis in first-episode patients. Am J Psychiatry 2009 ; 166 : 1251-7.
- [57] Large M, Sharma S, Compton MT. Cannabis use and earlier onset of psychosis : a systematic meta-analysis. Arch Gen Psychiatry 2011 ; 68 : 555-61.
- [58] Loas G, Azi A, Noisette C, Yon V. Mortalité et causes de décès dans la schizophrénie : étude prospective entre dix et 14 ans d'une cohorte de 150 sujets. Encéphale 2008 ; 34 : 54-60.

- [59] Larsen TK, McGlashan TH, Moe LC. First episode schizophrenia : I. Early course parameters. *Schizophr Bull* 1996 ; 22 : 241-56.
- [60] Perkins DO, Gu H, Boteva K, Lieberman JA. Relationship between duration of untreated psychosis and outcome in first-episode schizophrenia : a critical review and meta-analysis. *Am J Psychiatry* 2005 ; 162(10) : 1785-804.
- [61] Marshall M, Lewis S, Lockwood A, Drake R, Jones P, Croudace T. Association between duration of untreated psychosis and outcome in cohorts of first-episode patients : a systematic review. *Arch Gen Psychiatry* 2005 ; 62(9) : 975-83.
- [62] Penttilä M, Jääskeläinen E, Hirvonen N, Isohanni M, Miettunen J. Duration of untreated psychosis as predictor of long-term outcome in schizophrenia : systematic review and meta-analysis. *Br J Psychiatry* ; 205(2) : 88-94.
- [63] Hill M, Crumlish N, Whitty P, Clarke M, Browne S, Kamali M et al. Nonadherence to medication four years after a first episode of psychosis and associated risk factors. *Psychiatric Services* 2010 ; 61 : 189-92.
- [64] Zachrisson HD, Rödje K, Mykletun A. Utilization of health services in relation to mental health problems in adolescents : a population based survey. *BMC Public Health* 2006 ; 6 : 34-40.
- [65] McGlashan TH. Duration of untreated psychosis in first-episode schizophrenia : marker or determinant of course ? *Biol Psychiatry* 1999 ; 46 : 899-907.
- [66] Franz L, Carter T, Leiner AS, Bergner E, Thompson NJ, Compton MT. Stigma and treatment delay in first-episode psychosis : a grounded theory study. *Early Interv Psychiatry* 2010 ; 4(1) : 47-56.
- [67] Norman RM, Townsend L, Malla AK. Duration of untreated psychosis and cognitive functioning in first-episode patients. *Br J Psychiatry* 2001 ; 179 : 340-5.
- [68] Melle I, Larsen TK, Haahr U, Friis S, Johannesen JO, Opjordsmoen S et al. Prevention of negative symptom psychopathologies in first-episode schizophrenia : two-year effects of reducing the duration of untreated psychosis. *Arch Gen Psychiatry* 2008 ; 65 : 634-40.
- [69] Santé mentale. Psychose débutante : 10 propositions pour l'intervention précoce. [en ligne]. Paris : Santé mentale, publié le 23 juin 2017. [consulté le 15 mars 2018]. Disponible sur

<https://www.santementale.fr/actualites/psychose-debutante-10-propositions-pour-l-intervention-precoce.html>

[70] Chan MK, Krebs MO, Cox D, Guest PC, Yolken RH, Rahmoune H et al. Development of a blood-based molecular biomarker test for identification of schizophrenia before disease onset. *Transl Psychiatry* 2015 ; 5 : 1-10.

[71] Fusar-Poli P, Borgwardt S, Bechdolf A, Addington J, Riecher-Rossler A, Schultze-Lutter F et al. The psychosis high-risk state : a comprehensive state-of-the art review. *JAMA Psychiatry* 2013 ; 70 : 107-20.

[72] Cao H, Duan J, Lin D, Shugart YY, Calhoun V, Wang YP. Sparse representation-based biomarker selection for schizophrenia with integrated analysis of fMRI and SNPs. *Neuroimage* 2014 ; 102 (1) : 220-8.

[73] Koutsouleris N, Meisenzahl EM, Davatzikos C, Bottlender R, Frodl T, Scheuerecker F et al. Use of neuroanatomical pattern classification to identify subjects in at-risk mental states of psychosis and predict disease transition. *Arch Gen Psychiatry* 2009 ; 66 : 700-12.

[74] Van Der Gaag M, Nieman DH, Rietdijk J, Dragt S, Ising HK, Klaasen MC et al. Cognitive behavioral therapy for subjects at ultrahigh risk for developing psychosis. A randomized controlled clinical trial. *Schizophr Bull* 2012 ; 38 : 1180-8.

[75] Yung AR, Mc Gorry PD. Prediction of psychosis : setting the stage. *Br J Psychiatry Suppl* 2007 ; 51 : s1-8.

[76] Cornblatt BA, Lencz T, Smith CW, Olsen R, Auther AM, Nakayama E et al. Can antidepressants be used to treat the schizophrenia prodrome ? Results of a prospective, naturalistic treatment study of adolescents. *J Clin Psychiatry* 2007 ; 68 : 546-57.

[77] Yung AR. Early intervention in psychosis : evidence, evidence gaps, criticism, and confusion. *Aust N Z J Psychiatry* 2012 ; 46 : 7-9.

[78] Mc Gorry PD. Early clinical phenotypes and risk for serious mental disorders in young people : need for care precedes traditional diagnoses in mood and psychotic disorders. *Can J Psychiatry* 2013 ; 58 : 19-21.

[79] Tandon R, Carpenter WT. DSM-5 status of psychotic disorders : one year pre-publication. *Schizophrenia Bull* 2012 ; 39 : 369-70.

- [80] Fekih-Romdhane F, Chennoufi L, Cheour M. La schizophrénie dans le DSM-5. *Ann Med Psychol* 2015 ; 174 : 672-6.
- [81] Cohidon C, Duchet N, Cao M, Benmebarek M, Sibertin-Blanc D, Demogeot C et al. La non-communication entre la médecine générale et le secteur de santé mentale. *Santé Publique* 1999 ; 11 : 357-62.
- [82] Milleret G, Benradia I, Guicherd W, Roelandt J. Etats des lieux. Recherche action nationale « place de la santé mentale en médecine générale ». *Inf Psychiatr* 2014 ; 90 : 311-7.
- [83] Krebs MO. Etats mentaux à risque des 15-25 ans : quels systèmes de soins ? *Encéphale* 2008 ; 5, S159-61.
- [84] Misdrahi D. Unafam.[en ligne]. Bordeaux : Fondation fondaMental [consulté le 21 mars 2018]. Disponible sur http://www.unafam.info/17/img/C1_Dr_Misdrahi_Presentation_CES_13.pdf
- [85] Courouve L, Duburcq A. Etats des lieux de la prise en charge précoce des troubles psychotiques en France. *Newsletter* 2017 ; 1.
- [86] Fuseau A. ANMDA. [en ligne]. Le Havre [consulté le 10 février 2018]. Mis à jour le 15 décembre 2017. Disponible sur <http://www.anmda.fr/les-mds/les-missions/missions/>
- [87] Million A. Sénat. [en ligne]. Paris : 2009 [consulté le 2 février 2018]. Mis à jour le 15 janvier 2018. Disponible sur <http://www.senat.fr/rap/r08-328/R08-328.html>
- [88] Oppetit A, Bréban C, Monchablon D, Bourgin J, Gaillard R, Olié JP et al. Détection précoces des troubles psychiques en milieu scolaire : le dispositif Fil Harmonie. *Encéphale* 2018 ; 44 : 232-8.
- [89] Gut-Fayand A. Une expérience à la française : le centre d'évaluation pour les jeunes adultes et les adolescents, *Encéphale* 2008 ; 5 : 175-8.

VII/ ANNEXES :

Annexe 1 : outils d'évaluation CAARMS

Tableau 3 Liste des 28 items CAARMS 2006

1. Symptômes positifs	6. Changements physiques/moteurs
1.1. Troubles du contenu de la pensée	6.1. Plaintes subjectives d'altération du fonctionnement moteur*
1.2. Idées non bizarres	6.2. Changements dans le fonctionnement moteur observés ou rapportés par le tiers
1.3. Anomalies perceptuelles	6.3. Plaintes subjectives d'altération des fonctions végétatives/autonomes*
1.4. Discours désorganisé	6.4. Plaintes subjectives d'altération des sensations corporelles*
2. Changement cognitif Attention/Concentration	7. Psychopathologie générale
2.1. Expérience subjective*	7.1. Manie
2.2. Changements cognitifs observés	7.2. Dépression
3. Perturbation émotionnelle	7.3. Intentions suicidaires et auto-mutilations
3.1. Perturbation émotionnelle subjective*	7.4. Changements d'humeur/labilité
3.2. Émoussement de l'affect observé	7.5. Anxiété
3.3. Affect inapproprié observé	7.6. Symptômes obsessionnels et compulsifs TOC
4. Symptômes négatifs	7.7. Symptômes dissociatifs
4.1. Alogie	7.8. Diminution de la tolérance au stress habituel*
4.2. Avolition/Apathie*	
4.3. Anhédonie	
5. Changement comportemental	
5.1. Isolement social	
5.2. Altération du fonctionnement	
5.3. Comportements désorganisés/bizarres/stigmatisants	
5.4. Comportement agressif/dangereux	

*symptômes de base de Mubert

Etat des lieux et place de la médecine générale dans le repérage précoce de la schizophrénie

Je suis interne de psychiatrie en 7 ième semestre, je vous sollicite afin de réaliser ma thèse. Merci de votre participation. Alexandre Demarcy

*Obligatoire

1 . Aspect démographique

1. Quel âge avez vous ? *

2. Etes vous : *

Une seule réponse possible.

un homme

une femme

3. Depuis combien de temps exercez - vous ? *

Une seule réponse possible.

moins de 10 ans

plus de 10 ans

4. Dans quel département exercez - vous ? *

Une seule réponse possible.

Somme

Oise

Aisne

5. Quel est votre mode d'exercice ? *

Une seule réponse possible.

rural

semi - rural

ville

2 . Expériences

6. **Avez-vous déjà effectué un stage en milieu psychiatrique lors de votre cursus ? ***

Une seule réponse possible.

non

oui

7. **Avez-vous déjà participé à une formation portant sur la psychose et les troubles précoces de la schizophrénie ? ***

Une seule réponse possible.

non

oui

8. **Si oui, précisez : (congrès, FMC ...)**

9. **Comment estimez - vous vos connaissances sur la schizophrénie ? ***

Une seule réponse possible.

suffisante

insuffisante

10. **Comment estimez - vous vos connaissances sur le repérage des signes précoces de schizophrénie ? ***

Une seule réponse possible.

suffisante

insuffisante

11. **La schizophrénie est elle précédée par des signes précoces selon vous ?**

Une seule réponse possible.

Oui *Passez à la question 12.*

Non *Passez à la question 13.*

12.

Si oui, selon vous quels sont les 4 signes principaux qui précèdent une schizophrénie?

Plusieurs réponses possibles.

- concentration et attention réduite
- manque d'intérêt, d'initiative ou d'énergie
- humeur dépressive
- idées suicidaires
- troubles du sommeil
- anxiété
- retrait social, repli sur soi
- méfiance
- irritabilité
- comportement bizarre
- consommation de toxiques
- fluctuation d'humeur
- plaintes somatiques
- expériences (croyances bizarres), perceptions insolites (cénesthésies, sensation corporelles inhabituelles ..)
- discours désorganisé
- idées délirantes, hallucinations

3. Détection précoce et orientation

13.

Approximativement parmi combien de patients par an détectez-vous ces signes précoces ? *

14.

Si vous suspectez des troubles psychotiques débutants : *

choix multiples

Plusieurs réponses possibles.

- vous orientez vers un psychiatre (urgences psychiatriques, CMP, psychiatre libéral)
- vous réalisez un entretien plus long pour obtenir plus d'éléments (comorbidités, addictions, risque de passage à l'acte)
- vous réalisez un entretien avec famille et / ou entourage avec évaluation de la qualité de l'entourage
- vous contactez les urgences somatiques à défaut de savoir vers qui vous orienter (éliminer un autre diagnostic)
- vous reproposez un rdv afin de voir l'évolution rapidement
- vous prescrivez des examens complémentaires : imagerie
- vous prescrivez des examens complémentaires : bilan biologique
- vous prescrivez des examens complémentaires : toxiques urinaires

15.

Quel est votre ressenti face à un patient présentant des troubles psychotiques ? *

*

Plusieurs réponses possibles.

- La dimension psychiatrique des patients est trop compliquée à gérer
- Vous ne vous sentez pas à l'aise avec ces patients
- Vous ne vous sentez pas à l'aise devant le manque de formation concernant la schizophrénie/ le traitement/ et l'orientation
- Vous pensez qu'il est urgent qu'il soit vu par un psychiatre
- Autre : _____

16.

Si vous détectez des signes précoces, pensez-vous que le fait d'intervenir rapidement peut changer l'évolution : *

Une seule réponse possible.

- oui
- non

17.

Existe-t-il aujourd'hui un moyen fiable de détecter la schizophrénie ? *

Une seule réponse possible.

- oui *Passez à la question 18.*
- non *Passez à la question 19.*

Existe-t-il aujourd'hui un moyen de détection de la schizophrénie ?

18.

Vous avez répondu oui à la question précédente, pour quelles raisons *

Plusieurs réponses possibles.

- parce qu'il existe des signes précoces cliniques
- parce qu'il existe des signes environnementaux
- parce qu'il existe des marqueurs génétiques
- parce qu'il existe des marqueurs moléculaire et biologique
- parce qu'il existe des anomalies radio-neurologiques
- Autre : _____

Passez à la question 20.

Existe-t-il aujourd'hui un moyen de détection de la schizophrénie ?

19.

Vous avez répondu non à la question précédente, pour quelles raisons *

Plusieurs réponses possibles.

- parce qu'il n'existe pas de signes cliniques spécifiques
- parce qu'il n'existe pas d'examen précis et reproductible (génétique, biochimique, radiologique...)
- parce que le premier épisode psychotique est annonciateur de la schizophrénie
- Autre : _____

Passez à la question 20.

Prise en charge thérapeutique

20.

Pensez-vous utile de mettre un traitement d'emblée devant des signes précoces ? *

Une seule réponse possible.

- Oui
- Non

21.

Si oui, précisez lesquels ?

Plusieurs réponses possibles.

- Anxiolytiques
- Hypnotiques
- Antidépresseurs
- Neuroleptique a visée sédative
- Neuroleptique à visée antiproductive
- Homéopathie
- Autre : _____

22. Pendant combien de temps laissez-vous ce traitement (précisez lequel)

23. Dans quel délai réévaluez-vous le traitement ?

Suivi

24. Avez-vous dans votre patientèle des patients diagnostiqués schizophrènes ? *

Une seule réponse possible.

- oui
- non

25. si oui combien ? et quelle est la fréquence entre 2 consultations ?

26. Avez-vous pris en charge la dimension psychiatrique de ces patients ? *

Une seule réponse possible.

- oui *Passez à la question 27.*
- non *Passez à la question 30.*

Avez-vous pris en charge la dimension psychiatrique de ces patients ?

27.

si oui, comment ? *

Une seule réponse possible.

- seul : choix personnel car sensible à la question psychiatrique
- en collaboration avec le psychiatre
- seul : à défaut de connaissances concernant le fonctionnement du secteur psychiatrique
- Autre : _____

28.

Qualifiez la collaboration avec le psychiatre . *

Une seule réponse possible.

- très satisfaisante
- plutôt satisfaisante
- plutôt insatisfaisante
- très insatisfaisante

29.

Cochez l'affirmation qui vous semble la plus exacte : *

Une seule réponse possible.

- Le plus compliqué est de dépister des signes précoces de schizophrénie
- Le plus compliqué est de convaincre les patients d'accepter les soins
- Le plus compliqué est de déterminer la conduite à tenir face à des signes précoces

Passez à la question 33.

30.

si non, pour quelles raisons ? *

Plusieurs réponses possibles.

- Décision de principe
- Parce que la prise en charge thérapeutique est complexe et relève de la spécialité
- Parce que la collaboration avec le psychiatre est difficile
- Consultations chronophages, mal rémunérées
- Parce que ces patients ont un suivi avec le psychiatre
- Autre : _____

31. **Qualifiez la collaboration avec le psychiatre . ***

Une seule réponse possible.

- très satisfaisante
- plutôt satisfaisante
- plutôt insatisfaisante
- très insatisfaisante

32. **Cochez l'affirmation qui vous semble la plus exacte : ***

Une seule réponse possible.

- Le plus compliqué est de dépister des signes précoces de schizophrénie
- Le plus compliqué est de convaincre les patients d'accepter les soins
- Le plus compliqué est de déterminer la conduite à tenir face à des signes précoces

Attentes et propositions

33. **Quelles structures ou mesures vous semblerez pertinente concernant la prise en charge précoce ? ***

Une seule réponse possible par ligne.

	Oui	Non
Centre de dépistage, référence	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Equipes mobiles	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
CMP	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Développer l'éducation thérapeutique	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Formations continus, présentation théoriques	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Développer des rencontres entre le psychiatre, l'équipe de secteur et le médecin généraliste	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Développer des unités spécialisées au sein des hôpitaux psychiatriques	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

34. **Autres propositions :**
