



**HAL**  
open science

**Insertion dans les soins ambulatoires après une hospitalisation pour un premier épisode psychotique : étude bicentrique des facteurs associés à la transition hospitalo-ambulatoire du patient**

Blandine Gille

► **To cite this version:**

Blandine Gille. Insertion dans les soins ambulatoires après une hospitalisation pour un premier épisode psychotique : étude bicentrique des facteurs associés à la transition hospitalo-ambulatoire du patient. Sciences du Vivant [q-bio]. 2019. dumas-02569448

**HAL Id: dumas-02569448**

**<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02569448>**

Submitted on 14 Jan 2022

**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.

N° d'ordre :



ANNÉE 2019

**UNIVERSITE  
BRETAGNE  
LOIRE**

**THÈSE D'EXERCICE / UNIVERSITÉ DE RENNES 1**  
*sous le sceau de l'Université Bretagne Loire*

Thèse en vue du

**DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE**

présentée par

**Blandine Gille**

Née le 1<sup>er</sup> mai 1991 à Châlons en Champagne

---

**Insertion dans les soins  
ambulatoires après  
une hospitalisation  
pour un premier  
épisode psychotique:  
étude bicentrique des  
facteurs associés  
à la transition  
hospitalo-ambulatoire  
du patient.**

**Thèse soutenue à Rennes  
le 8 novembre 2019.**

devant le jury composé de :

**Dominique DRAPIER**

PU-PH Université de Rennes 1-CHGR/  
*Président de Jury*

**Florian NAUDET**

PU-PH Université de Rennes 1-CHGR/  
*Examineur*

**Gabriel ROBERT**

MCU-PH Université de Rennes 1-CHGR/  
*Examineur*

**Ludovic DURAND**

PH Université de Rennes 1-CHGR  
*Examineur*

**Anne-Laure EVENO**

Praticien attaché- CPPA Vannes  
*Directrice de thèse*

N° d'ordre :



ANNÉE 2019



**THÈSE D'EXERCICE / UNIVERSITÉ DE RENNES 1**  
*sous le sceau de l'Université Bretagne Loire*

Thèse en vue du

**DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE**

présentée par

**Blandine Gille**

Née le 1<sup>er</sup> mai 1991 à Châlons en Champagne

---

**Insertion dans les soins  
ambulatoires après  
une hospitalisation  
pour un premier  
épisode psychotique:  
étude bicentrique des  
facteurs associés  
à la transition  
hospitalo-ambulatoire  
du patient.**

**Thèse soutenue à Rennes  
le 8 novembre 2019.**

devant le jury composé de :

**Dominique DRAPIER**

PU-PH Université de Rennes 1-CHGR/  
*Président de Jury*

**Florian NAUDET**

PU-PH Université de Rennes 1-CHGR/  
*Examineur*

**Gabriel ROBERT**

MCU-PH Université de Rennes 1-CHGR/  
*Examineur*

**Ludovic DURAND**

PH Université de Rennes 1-CHGR  
*Examineur*

**Anne-Laure EVENO**

Praticien attaché- CPPA Vannes  
*Directrice de thèse*

## PROFESSEURS DES UNIVERSITES

NOM	PRENOM	TITRE	CNU
ANNE-GALIBERT	Marie-Dominique	PU-PH	Biochimie et biologie moléculaire
BARDOU-JACQUET	Edouard	PU-PH	Gastroentérologie; hépatologie; addictologie
BELAUD-ROTUREAU	Marc-Antoine	PU-PH	Histologie; embryologie et cytogénétique
BELLISSANT	Eric	PU-PH	Pharmacologie fondamentale; pharmacologie clinique; addictologie
BELOEIL	Hélène	PU-PH	Anesthésiologie-réanimation; médecine d'urgence
BENDAVID	Claude	PU-PH	Biochimie et biologie moléculaire
BENSALAH	Karim	PU-PH	Urologie
BEUCHEE	Alain	PU-PH	Pédiatrie
BONAN	Isabelle	PU-PH	Médecine physique et de réadaptation
BONNET	Fabrice	PU-PH	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques; gynécologie médicale
BOUDJEMA	Karim	PU-PH	Chirurgie viscérale et digestive
BOUGUEN	Guillaume	PU-PH	Gastroentérologie; hépatologie; addictologie
BRASSIER	Gilles	PU-PH	Neurochirurgie
CARRE	François	PU-PH	Physiologie
CATROS	Véronique	PU-PH	Biologie cellulaire
CATTOIR	Vincent	PU-PH	Bactériologie-virologie; hygiène hospitalière
CORBINEAU	Hervé	PU-PH	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
CUGGIA	Marc	PU-PH	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
DARNAULT	Pierre	PU-PH	Anatomie
DAVID	Véronique	PU-PH	Biochimie et biologie moléculaire
DAYAN	Jacques	Professeur associé	Pédopsychiatrie; addictologie
DE CREVOISIER	Renaud	PU-PH	Cancérologie; radiothérapie
DECAUX	Olivier	PU-PH	Médecine interne; gériatrie et biologie du vieillissement; addictologie
DESRUES	Benoît	PU-PH	Pneumologie; addictologie
DONAL	Erwan	PU-PH	Cardiologie
DRAPIER	Dominique	PU-PH	Psychiatrie d'adultes; addictologie
DUPUY	Alain	PU-PH	Dermato-vénéréologie
ECOFFEY	Claude	PU-PH	Anesthésiologie-réanimation; médecine d'urgence
FERRE	Jean-Christophe	PU-PH	Radiologie et imagerie Médecine
FEST	Thierry	PU-PH	Hématologie; transfusion
FLECHER	Erwan	PU-PH	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
GANDEMER	Virginie	PU-PH	Pédiatrie
GANDON	Yves	PU-PH	Radiologie et imagerie Médecine
GANGNEUX	Jean-Pierre	PU-PH	Parasitologie et mycologie
GARIN	Etienne	PU-PH	Biophysique et médecine nucléaire
GAUVRIT	Jean-Yves	PU-PH	Radiologie et imagerie Médecine
GODEY	Benoît	PU-PH	Oto-rhino-laryngologie
GUGGENBUHL	Pascal	PU-PH	Rhumatologie
GUILLÉ	François	PU-PH	Urologie
GUYADER	Dominique	PU-PH	Gastroentérologie; hépatologie; addictologie
HAEGELEN	Claire	PU-PH	Anatomie
HOUOT	Roch	PU-PH	Hématologie; transfusion
JEGO	Patrick	PU-PH	Médecine interne; gériatrie et biologie du vieillissement; addictologie
JEGOUX	Franck	PU-PH	Oto-rhino-laryngologie
JOUNEAU	Stéphane	PU-PH	Pneumologie; addictologie
KAYAL	Samer	PU-PH	Bactériologie-virologie; hygiène hospitalière
LAMY DE LA CHAPELLE	Thierry	PU-PH	Hématologie; transfusion

PROFESSEURS DES UNIVERSITES			
NOM	PRENOM	TITRE	CNU
LAVIOLLE	Bruno	PU-PH	Pharmacologie fondamentale; pharmacologie clinique; addictologie
LAVOUE	Vincent	PU-PH	Gynécologie-obstétrique; gynécologie médicale
LE BRETON	Hervé	PU-PH	Cardiologie
LE TULZO	Yves	PU-PH	Réanimation; médecine d'urgence
LECLERCQ	Christophe	PU-PH	Cardiologie
LEDERLIN	Mathieu	PU-PH	Radiologie et imagerie Médecine
LEJEUNE	Florence	PU-PH	Biophysique et médecine nucléaire
LEVEQUE	Jean	PU-PH	Gynécologie-obstétrique; gynécologie médicale
LIEVRE	Astrid	PU-PH	Gastroentérologie; hépatologie; addictologie
MABO	Philippe	PU-PH	Cardiologie
MAHE	Guillaume	PU-PH	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire
MATHIEU-SANQUER MENER	Romain	PU-PH	Urologie
	Eric	Professeur associé	Médecine générale
MEUNIER	Bernard	PU-PH	Chirurgie digestive
MOIRAND	Romain	PU-PH	Gastroentérologie; hépatologie; addictologie
MORANDI	Xavier	PU-PH	Anatomie
MOREL	Vincent	Professeur associé	Médecine palliative
MOSSER	Jean	PU-PH	Biochimie et biologie moléculaire
MOURIAUX	Frédéric	PU-PH	Ophthalmologie
MYHIE	Didier	Professeur associé	Médecine générale
NAUDET	Florian	PU-PH	Thérapeutique-Médecine de la douleur ; addictologie
ODENT	Sylvie	PU-PH	Génétique
OGER	Emmanuel	PU-PH	Pharmacologie fondamentale; pharmacologie clinique; addictologie
PARIS	Christophe	PU-PH	Médecine et santé au travail
PERDRIGER	Aleth	PU-PH	Rhumatologie
PLADYS	Patrick	PU-PH	Pédiatrie
RAVEL	Célia	PU-PH	Histologie; embryologie et cytogénétique
RENAUT	Pierric	Professeur associé	Médecine générale
REVEST	Matthieu	PU-PH	Maladies infectieuses; maladies tropicales
RIFFAUD	Laurent	PU-PH	Neurochirurgie
RIOUX-LECLERCQ	Nathalie	PU-PH	Anatomie et cytologie pathologiques
ROBERT-GANGNEUX	Florence	PU-PH	Parasitologie et mycologie
ROPARS	Mickaël	PU-PH	Chirurgie orthopédique et traumatologique
SAINT-JALMES	Hervé	PU-PH	Biophysique et médecine nucléaire
SAULEAU	Paul	PU-PH	Physiologie
SEGUIN	Philippe	PU-PH	Anesthésiologie-réanimation; médecine d'urgence
SEMANA	Gilbert	PU-PH	Immunologie
SIPROUDHIS	Laurent	PU-PH	Gastroentérologie; hépatologie; addictologie
SOMME	Dominique	PU-PH	Médecine interne; gériatrie et biologie du vieillissement; addictologie
SOULAT	Louis	Professeur associé	Médecine d'urgence
SULPICE	Laurent	PU-PH	Chirurgie viscérale et digestive
TADIÉ	Jean-Marc	PU-PH	Réanimation; médecine d'urgence
TARTE	Karin	PU-PH	Immunologie
TATTEVIN	Pierre	PU-PH	Maladies infectieuses; maladies tropicales
THIBAUT	Ronan	PU-PH	Nutrition
THIBAUT	Vincent	PU-PH	Bactériologie-virologie; hygiène hospitalière

## PROFESSEURS DES UNIVERSITES

NOM	PRENOM	TITRE	CNU
THOMAZEAU	Hervé	PU-PH	Chirurgie orthopédique et traumatologique
TORDJMAN	Sylvie	PU-PH	Pédopsychiatrie; addictologie
VERHOYE	Jean-Philippe	PU-PH	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
VERIN	Marc	PU-PH	Neurologie
VIEL	Jean-François	PU-PH	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
VIGNEAU	Cécile	PU-PH	Néphrologie
VIOLAS	Philippe	PU-PH	Chirurgie infantile
WATIER	Eric	PU-PH	Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique; brûlologie
WODEY	Eric	PU-PH	Anesthésiologie-réanimation; médecine d'urgence
BOUGET	Jacques	Professeur des Universités EMERITE	Thérapeutique; médecine d'urgence; addictologie
BRETAGNE	Jean-François	Professeur des Universités EMERITE	Gastroentérologie; hépatologie; addictologie
BRISOT	Pierre	Professeur des Universités EMERITE	Gastroentérologie; hépatologie; addictologie
CHALES	Gérard	Professeur des Universités EMERITE	Rhumatologie
DAUBERT	Jean-Claude	Professeur des Universités EMERITE	Cardiologie
DEUGNIER	Yves	Professeur des Universités EMERITE	Gastroentérologie; hépatologie; addictologie
EDAN	Gilles	Professeur des Universités CONSULTANT	Neurologie
HUSSON	Jean-Louis	Professeur des Universités EMERITE	Chirurgie orthopédique et traumatologique
HUTEN	Denis	Professeur des Universités EMERITE	Chirurgie orthopédique et traumatologique
LEGUERRIER	Alain	Professeur des Universités EMERITE	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
MALLEDANT	Yannick	Professeur des Universités EMERITE	Anesthésiologie-réanimation; médecine d'urgence
MICHELET	Christian	Professeur des Universités EMERITE	Maladies infectieuses; maladies tropicales

## MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES

NOM	PRENOM	TITRE	CNU
ALLORY	Emmanuel	MC Associé	Médecine générale
AME-THOMAS	Patricia	MCU-PH	Immunologie
AMIOT	Laurence	MCU-PH	Hématologie ; transfusion
ANSELM	Amédéo	MCU-PH	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
BANATRE	Agnès	MC Associé	Médecine générale
BEGUE	Jean Marc	MCU-PH	Physiologie
BERTHEUIL	Nicolas	MCU-PH	Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie
BOUSSEMART	Lise	MCU-PH	Dermato-vénérologie
BROCHARD	Charlène	MCU-PH	Physiologie
CABILIC	Florian	MCU-PH	Biologie cellulaire
CASTELLI	Joël	MCU-PH	Cancérologie ; radiothérapie
CAUBET	Alain	MCU-PH	Médecine et santé au travail
CHAPRON	Anthony	MCU	Médecine générale
CHHOR-QUENIART	Sidonie	MC Associé	Médecine générale
CORVOL	Aline	MCU-PH	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; addictologie
DAMERON	Olivier	MCF	Informatique
DE TAYRAC	Marie	MCU-PH	Biochimie et biologie moléculaire
DEGILH	Brigitte	MCU-PH	Parasitologie et mycologie
DROITCOURT	Catherine	MCU-PH	Dermato-vénérologie
DUBOURG	Christèle	MCU-PH	Biochimie et biologie moléculaire
DUGAY	Frédéric	MCU-PH	Histologie, embryologie et cytogénétique
EDELIN	Julien	MCU-PH	Cancérologie ; radiothérapie
FIQUET	Laure	MC Associé	Médecine générale
GANGLOFF	Cédric	MC Associé	Médecine d'urgence
GARLANTEZEC	Ronan	MCU-PH	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
GOUIN épouse THIBAUT	Isabelle	MCU-PH	Hématologie ; transfusion
GUILLET	Benoît	MCU-PH	Hématologie ; transfusion
JAILLARD	Sylvie	MCU-PH	Histologie, embryologie et cytogénétique
KALADJI	Adrien	MCU-PH	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire
KAMMERER-JACQUET	Solène-Florence	MCU-PH	Anatomie et cytologie pathologiques
LAVENU	Audrey	MCF	Sciences physico-chimiques et ingénierie appliquée à la santé
LE GALL	François	MCU-PH	Anatomie et cytologie pathologiques
LE GALL	Vanessa	MC Associé	Médecine générale
LEMAITRE	Florian	MCU-PH	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
MARTINS	Pédro Raphaël	MCU-PH	Cardiologie
MENARD	Cédric	MCU-PH	Immunologie
MICHEL	Laure	MCU-PH	Neurologie
MOREAU	Caroline	MCU-PH	Biochimie et biologie moléculaire
MOUSSOUNI	Fouzia	MCF	Informatique
PANGAULT	Céline	MCU-PH	Hématologie ; transfusion
ROBERT	Gabriel	MCU-PH	Psychiatrie d'adultes ; addictologie
SCHNELL	Frédéric	MCU-PH	Physiologie
TURLIN	Bruno	MCU-PH	Anatomie et cytologie pathologiques
VERDIER épouse LORNE	Marie-Clémence	MCU-PH	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
ZIELINSKI	Agata	MCF	Philosophie

## Remerciements

**À Monsieur le Professeur Dominique DRAPIER,**

Je vous remercie de me faire l'honneur de présider ce jury et de juger ce travail de recherche.

**À Monsieur le Docteur Florian NAUDET,**

Je te remercie d'avoir accepté de participer à ce jury et pour ta disponibilité et tes conseils lors de la réalisation de ce travail.

**À Monsieur le Docteur Gabriel ROBERT,**

Je vous remercie d'avoir accepté de participer à ce jury et pour votre enseignement au cours de mon internat.

**À Monsieur le Docteur Ludovic DURAND,**

Je te remercie d'avoir accepté de participer à ce jury et pour ton encadrement au cours de mon passage dans ton service. Je te remercie également pour ta transmission concernant l'accompagnement des proches ( les entretiens familles à tes côtés étaient toujours riches d'enseignements.)

**À Madame le Docteur Anne Laure EVENO**

Je te remercie pour ton enseignement au cours de mon internat qui a confirmé mon choix d'orientation pour la pédopsychiatrie. Je tiens également à te remercier pour tes conseils et ton écoute dans la réalisation de ce travail.

À chaque personne qui a pu m'aider dans l'élaboration de ce travail, un grand merci à Astrid pour son aide capitale dans l'analyse statistique de ce travail.

À toutes les équipes et les médecins que j'ai pu rencontrer au cours de mon internat et qui m'ont beaucoup transmis tant sur le plan individuel que professionnel.

À mes parents et mes sœurs, pour leur amour et leur soutien sans faille durant toutes ces années. À mon beau frère Guillaume pour sa relecture précieuse. À Charles, Jean et Victoire pour leur fantaisie.

À tous mes amis d'ici et d'ailleurs, Sophia, Léa, Mathilde, Margue, Pauline, Lucie, Zaza, Anne, Ale, Jb, Tristan, Marie, Manon, Simon, Camille, Victoire, Eva, Joséphine, Joaquin, Esther, Marine, Yann, Marion, Charlotte.

À Alexandre,

À Bertha pour avoir su me donner le goût du voyage et de l'aventure,



Insertion dans les soins ambulatoires après une hospitalisation pour un premier épisode psychotique: étude bicentrique des facteurs associés à la transition hospitalo-ambulatoire du patient.

Linkage to outpatient care after hospitalization for first-episode psychosis : bicentric study of the factors associated with patient transition from inpatient to outpatient care.

# Sommaire

Remerciements.....	6
Sommaire.....	8
Liste des illustrations.....	9
Résumé.....	10
Abstract.....	11
Liste des abréviations.....	13
Introduction.....	14
Matériel et Méthode.....	16
1. Type d'étude.....	16
2. Population d'étude.....	16
3. Collecte des données.....	17
4. Analyses statistiques.....	18
5. Éthique.....	18
Résultats.....	19
1. Diagramme de flux.....	19
2. Description de la population d'étude.....	20
3. Facteurs associés à la venue au premier rendez-vous ambulatoire.....	21
Discussion.....	23
1. Principaux résultats de notre étude.....	23
2. Caractéristiques cliniques.....	24
3. Processus de soins.....	24
3.1. La difficulté de compliance médicamenteuse.....	24
3.2. Traitement antipsychotique à action prolongée.....	25
3.3. Le délai pour le premier rendez-vous ambulatoire.....	27
3.4. Viser le rétablissement du sujet : une durée d'hospitalisation suffisante pour élaborer des projets concrets avec le patient ?.....	28
3.5. Annonce du diagnostic, stigmatisation ou début de psychoéducation?.....	29
3.6. Implication de l'entourage.....	30
3.7. Partage du programme de soins entre l'intra et l'extra-hospitalier.....	31
4. Limites de l'étude.....	32
5. Perspectives.....	33
Conclusion.....	35
Bibliographie.....	37
Annexes.....	43
Annexe 1: Tableau 4: Projets d'aides concrètes répertoriés au cours de l'hospitalisation.....	43
Annexe 2: Modèle type de la lettre d'information.....	44
Annexe 3: Échelle: « Medication Adherence Rating Scale » (MARS).....	46

# Liste des illustrations

- Liste des tableaux

**Tableau 1** : Caractéristiques socio-démographiques et cliniques de la population d'étude

**Tableau 2** : Résultats des analyses univariées étudiant les facteurs socio-démographiques cliniques et les processus de soins associés à la venue du patient au premier rendez-vous ambulatoire

**Tableau 3** : Résultats de l'analyse multivariée étudiant les facteurs associés à la venue au premier rendez-vous ambulatoire (n=94 patients)

**Tableau 4** : Projets d'aides concrètes répertoriés au cours de l'hospitalisation

- Liste des figures

**Figure 1**: Diagramme de flux de la population d'étude

## Résumé

**Introduction:** À l'issue d'une première hospitalisation permettant l'identification d'un premier épisode psychotique (PEP) et la mise en place d'un traitement, un nombre important de ces usagers rencontrent des difficultés d'engagement dans le soin ambulatoire. Nous avons souhaité étudier les facteurs associés à l'insertion du patient dans les soins ambulatoires après une hospitalisation pour un premier épisode psychotique.

**Méthode:** Nous avons réalisé une étude rétrospective analytique bicentrique chez des sujets âgés de 15 à 30 ans hospitalisés pour un PEP entre le 1<sup>er</sup> janvier 2016 et le 31 décembre 2018 dans deux établissements publics de santé mentale en Bretagne. Les caractéristiques socio-démographiques, cliniques et les processus de soins standards mis en place durant l'hospitalisation ont été recueillis à partir des dossiers médicaux informatisés des patients. L'insertion dans les soins ambulatoires a été mesurée par la présence du patient au premier rendez-vous ambulatoire de secteur. Des analyses uni et multivariées de type régression logistique ont été réalisées.

**Résultats:** Sur les 106 patients inclus, 26 (24,5%) ne se sont pas présentés au premier rendez-vous ambulatoire fixé. Il y avait une association statistiquement significative entre la venue au premier rendez-vous ambulatoire et un comportement d'auto-agressivité (OR=9,61 [IC 95%: 1,73-53,28] p=0,002). La difficulté de compliance médicamenteuse identifiée durant l'hospitalisation était associée statistiquement à la non-venue au premier rendez-vous (OR=0,16 [ IC 95%: 0,04-0,61] p=0,004). Bien que l'association soit non statistiquement significative dans notre échantillon, on retrouvait une tendance à la venue au rendez-vous plus importante lors de la mise en place d'un traitement antipsychotique à action prolongée avant la sortie d'hospitalisation en comparaison à la forme orale. A contrario, un délai supérieur à 7 jours avant le premier rendez-vous avait tendance à favoriser la non-venue en comparaison à un délai inférieur ou égal à 7 jours.

**Conclusion:** Selon nos observations, des pistes ont été soulevées pour améliorer la continuité des soins après une hospitalisation chez ces patients. Nos résultats mettent en exergue la nécessité de prévoir des programmes d'éducation thérapeutique afin d'améliorer l'adhésion médicamenteuse. La proposition d'un traitement antipsychotique à action prolongée dès le premier épisode et la réduction du délai avant le premier rendez-vous ambulatoire doivent être considérées. Enfin, l'élaboration d'aides concrètes en partenariat avec le patient doit être prise en compte. Notre travail vient appuyer l'intérêt de filières spécialisées, telles qu'il en existe depuis peu au sein du secteur universitaire du centre hospitalier Guillaume Régnier. Des nouveaux travaux de recherche pourront venir questionner la place de cette nouvelle organisation des soins dans la continuité du suivi chez ces sujets.

**Mots clés :** Premier épisode psychotique, hospitalisation, soin ambulatoire, désengagement, compliance médicamenteuse, traitements antipsychotiques à action prolongée.

## Abstract

**Introduction:** The identification of a first-episode psychosis (FEP) and the implementation of treatment commence from the first hospitalization, where a large number of these patients encounter difficulties engaging in their out-patient care. We aim to study the factors associated with linkage patients to their outpatient psychiatric care after a hospitalization for a FEP.

**Method:** We led a retrospective analytic bicentric study with subjects aged 15 to 30 years old, hospitalized for a first-episode psychosis, between the 1st of January 2016 to the 31st of December 2018 within two public mental health establishments in Brittany, FRANCE. Socio-demographic data, clinical characteristics and the standard care management were collected from the files of the patients. The insertion to outpatient care was defined by the attendance to first sector out patient appointment. Univariate and multiples logistic regression analyses were performed.

**Results:** In the 106 patients included in this study, 26 (24,5 %) of these patients did not attend to their first scheduled out patient appointment. The presence of self-aggressive behavior before and during hospitalization was associated with the presence of the patient from the first appointment (OR=9,61 [IC 95%:1,73-53,28] p=0,002). The difficulties in the compliance of medication was associated with the non attendance from the first appointment (OR=0,16, [ IC 95%: 0,04-0,61] p=0,004). Even though this is not statistically significant in our sample, we found a tendency that to maintain the appointment was more important during the implementation of a long acting injectable anti-psychotic treatment before leaving the hospitalization as compared with an oral form of treatment. By contrast, a spacing of more than 7 days before the first out-patient appointment had the effect to favor a risk of a no-show for this appointment.

**Conclusion:** Our results show, the need to plan therapeutic education programs to improve the following of medication treatments. The proposition of the introduction of long acting injectable antipsychotic in the PEPs and reducing the delay of the time period between the first outpatient appointment should be considered. Creating concrete discharge plans along with a partnership with the patient should be considered.

Our work comes to emphasize as well and interest in the other linked specialized medical sectors for this young adult population, such as that which has existed since very recently, within the University sector at the Guillaume Régnier Hospital Center. New research work could come to question the place of this new organization of care in the continuity of following up on this work.

**Key words:** First-episode psychosis, hospitalization, outpatient-care, disengagement, medication compliance, long injectable antipsychotic treatments.

*«L'accompagnement est une relation d'aide dans laquelle l'accompagnant, censé être en situation de meilleure capacité, partage et soutient l'expression, la trajectoire matérielle ou humaine de celui qu'il accompagne, vers ce que tous deux considèrent comme un progrès.»*

Jean-Paul Arveiller : Sur le concept d'accompagnement. *Pratiques en santé mentale*. N°4, 1996

# Liste des abréviations

APAP: Antipsychotique à action prolongée

CATTP: Centre d'accueil thérapeutique à temps partiel

CIM 10: Classification internationale des maladies, 10ème révision

CHGR: Centre hospitalier Guillaume Régnier

DPNT: Durée de psychose non traitée

EPSM: Établissement public de santé mentale

HDJ: Hôpital de jour

MARS: Medication Adherence Rating Scale

NAP: Neuroleptique à action prolongée

PANSS: Positive and Negative Syndrome Scale

PEP: Premier épisode psychotique

TIPP: Traitement et intervention précoce pour la psychose

## Introduction

Un peu plus de 3% de la population sera atteinte d'un trouble psychotique d'une nature ou d'une autre au cours de sa vie (1). Récemment, l'incidence du premier épisode psychotique (PEP) a été identifiée à 34 nouveaux cas par 100 000 personnes-années (IC 95%=31.5-36.6) (2).

Survenant chez l'adolescent et l'adulte jeune (3), le PEP vient faire rupture dans la trajectoire de vie du sujet à un âge où les enjeux sont multiples. L'autonomisation, la construction d'une identité sociale et des habilités professionnelles sont des processus inhérents à cette période de vie (4).

La prise en charge des sujets confrontés à l'émergence de la psychose est actuellement retardée. Ce retard, communément appelé « durée de psychose non traitée » (DPNT) a été estimé en moyenne de 1 à 2 ans (5,6). Celui-ci est en lien avec des déterminants multifactoriels, à la fois individuels, sociétaux et organisationnels. Les caractéristiques cliniques telles que le défaut d'insight, le mode de début insidieux, le repli sur soi ont été retrouvées comme retardant la demande d'aide (7). La stigmatisation rattachée à la pathologie mentale crée un sentiment de défiance et de peur à l'égard de la psychiatrie chez ces sujets jeunes (8). De plus, les intervenants de première ligne non suffisamment formés à la clinique de la psychose émergente peuvent être confrontés à des difficultés de repérage (9). Enfin, la coordination entre les réseaux de soins sanitaires et sociaux ainsi que l'accessibilité à des services de soins psychiatriques peuvent se révéler complexes (10).

Or, il a été établi que la DPNT constitue un facteur de mauvais pronostic dans le suivi. De nombreuses études la trouvent associée à un risque majoré de survenue d'auto et/ou hétéro-agressivité, un déclin cognitif plus rapide et plus marqué, une symptomatologie négative plus prononcée, une détérioration de la qualité de vie et des comorbidités addictives majorées (5,11). En conséquence, l'entrée dans les soins se fait fréquemment chez des patients en situation de crise en hospitalisation non-programmée via les filières d'urgence (12). Ces conditions d'entrée ont pu être rapportées comme traumatisantes par certains des sujets concernés (13), alors même que ce premier contact avec le soin psychiatrique constitue une étape déterminante pour l'engagement futur du sujet (12).

Un premier épisode psychotique peut évoluer vers une schizophrénie ou un trouble bipolaire dans plus de la moitié des cas (14). Le relai dans les soins ambulatoires à l'issue de l'hospitalisation prend donc tout son sens.

Toutefois, à l'heure actuelle, ce relai apparaît bien incertain. La transition dans le soin ambulatoire après une hospitalisation en psychiatrie a été rapportée comme une période à risque de rupture précoce dans le suivi quelle que soit la pathologie identifiée (12,15–17).



Une étude réalisée au sein du secteur universitaire psychiatrique de Lausanne a retrouvé que 48% des patients hospitalisés pour un épisode psychotique ne se rendaient pas au premier rendez-vous ambulatoire prévu (12).

L'absence au premier rendez-vous est considérée comme un facteur prédictif de discontinuité dans les soins ultérieurs (18). Ce désengagement dans les soins conduit à un risque de rechute et de réhospitalisation (17), aggravant le pronostic fonctionnel de la personne sur plusieurs aspects: social, professionnel et interpersonnel (19).

Afin d'identifier les personnes à risque de désengagement, plusieurs études se sont penchées sur le repérage des facteurs cliniques et socio-démographiques associés à une rupture de soin au cours du premier épisode psychotique. La consommation de substances toxiques persistante pendant le traitement, la symptomatologie du patient, ses antécédents judiciaires et l'absence de contact familial sont retrouvés comme majoritairement associés à la difficulté d'engagement dans les soins (20–22). À notre connaissance, une seule étude menée en Suisse s'est intéressée à repérer plus spécifiquement, les processus de soins hospitaliers associés à l'insertion du sujet dans le soin ambulatoire lors d'un PEP. Cette dernière a ainsi montré que l'organisation des soins et la capacité institutionnelle à débiter des projets concrets, avant la sortie d'hospitalisation, constituaient des processus déterminants pour favoriser l'engagement du patient (12).

Dans ce sens, l'implantation progressive en France des filières spécialisées de détection et d'intervention précoce des psychoses émergentes témoignent de l'importance de repenser les frontières organisationnelles des soins standards de secteur afin d'améliorer la continuité du suivi chez ces sujets. Au niveau local, une filière de ce type a été mise en place en appui de la prise en charge standard au sein du pôle hospitalo-universitaire de psychiatrie adulte du Centre-Hospitalier Guillaume Régnier (CHGR) depuis septembre 2018.

Dans la même lignée que l'étude de Bonsack et ses collaborateurs (12), nous allons réaliser une étude exploratoire avec des données antérieures à la mise en place de cette filière. Nous allons donc nous intéresser plus spécifiquement à l'organisation sectorielle des soins standards psychiatriques en Région Bretagne.

L'objectif principal de notre étude est d'évaluer les facteurs socio-démographiques, cliniques et les processus de soins associés à l'insertion des patients dans les soins ambulatoires de secteur à l'issue d'une hospitalisation pour un premier épisode psychotique. L'insertion dans les soins ambulatoires sera mesurée par la présence du patient au premier rendez-vous ambulatoire de secteur fixé à sa sortie d'hospitalisation.

Nous ferons l'hypothèse que le système organisationnel des soins joue un rôle clé pour favoriser la transition du sujet dans les soins ambulatoires après une hospitalisation. Cette étude pourra nous permettre ainsi d'identifier quels critères sont primordiaux à prendre en compte dans notre système de soin standard mais aussi dans la nouvelle filière de soin spécialisée.

# Matériel et Méthode

## 1. Type d'étude

Une étude rétrospective analytique bicentrique a été conduite chez des patients hospitalisés entre le 1<sup>er</sup> janvier 2016 et le 31 décembre 2018 au sein de deux établissements publics de santé mentale (EPSM) des départements d'Ille et Vilaine et du Morbihan. Le centre hospitalier Guillaume Régnier (CHGR) est situé à Rennes et l'établissement public de santé mentale du Morbihan se trouve situé à Saint-Avé. Le CHGR assure le traitement en santé mentale sur 9 secteurs de psychiatrie adulte et 3 secteurs de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent. L'EPSM du Morbihan offre des soins en santé mentale sur 6 secteurs de psychiatrie adulte et 1 secteur de psychiatrie de l'enfant et l'adolescent. Ces deux EPSM disposent chacun d'une unité d'hospitalisation pour adolescents.

## 2. Population d'étude

Nous avons inclus des patients hospitalisés à temps complet pour la première fois entre le 1<sup>er</sup> janvier 2016 et le 31 décembre 2018 dans le cadre d'un premier épisode psychotique aigu. Les critères d'inclusion étaient définis conformément à la 10<sup>ème</sup> classification internationale des maladies (CIM10) par un diagnostic de trouble psychotique aigu et transitoire (F23), s'il s'agissait du premier épisode connu, un âge d'inclusion compris entre 15 et 30 ans, avec une prise en charge ambulatoire standard prévu dans le secteur du centre hospitalier correspondant.

Les critères d'exclusion comportaient: un diagnostic antérieur de schizophrénie (F20), trouble schizoaffectif (F25), trouble schizotypique (F21), trouble affectif bipolaire (F31), troubles délirants persistants (F22), retard mental (F70-F79) ou un diagnostic de démence ( F00-F03).

### 3. Collecte des données

Le recueil des données a été effectué de manière rétrospective à partir de l'analyse détaillée du dossier médical informatisé du patient (de la date d'entrée en hospitalisation jusqu'au premier rendez-vous ambulatoire).

Dans cette étude, nous nous sommes attachés à étudier la période de transition du patient entre les soins hospitaliers et ambulatoires. Ainsi l'insertion dans les soins ambulatoires a été mesurée par la présence du patient au premier rendez-vous ambulatoire de secteur prévu à l'issue de l'hospitalisation (Centre Médico-Psychologique (CMP), Hôpital de Jour (HDJ), Centre d'Accueil Thérapeutique à Temps Partiel (CATTP) consultation de secteur sur site).

Trois catégories de variables explicatives ont été prises en compte pour évaluer leur impact sur l'insertion dans les soins ambulatoires: les caractéristiques socio-démographiques, cliniques et les processus de soins mis en place durant le séjour hospitalier.

Nous avons fait le choix de recueillir, en majorité, les mêmes variables que deux études déjà réalisées sur ce sujet (12,15).

Cependant, l'organisation sectorielle de la psychiatrie française nous a amenés à adapter certaines données destinées à étudier l'aspect qualitatif de la prise en charge du patient. Ainsi, nous avons référencé les changements de secteurs et d'unités au cours de la prise en charge hospitalière ainsi que lors de la transition ambulatoire.

La continuité du secteur entre l'intra et l'extra-hospitalier implique un partage d'information sur le projet de soin du patient entre les équipes lors des réunions de synthèse pouvant se référer ainsi à « la discussion du projet de soin avec le réseau ambulatoire » retrouvée dans les deux études précédemment citées. De plus, nous avons ajouté deux variables en terme de processus de soins: la forme de traitement neuroleptique prescrit ( action prolongée ou forme orale) et le délai avant le premier rendez-vous ambulatoire.

**Les caractéristiques socio-démographiques** du patient incluaient l'âge, le sexe, la catégorie socioprofessionnelle et l'atteinte de la scolarité obligatoire.

**Les caractéristiques cliniques** incluaient la présence d'auto-agressivité (tentative de suicide, équivalent suicidaire, conduite d'auto-agressivité) et d'hétéro-agressivité (menace ou conduite hétéro-agressive) avant et durant l'hospitalisation, la consommation de substances toxiques (tous toxiques confondus) recueillie dans l'histoire du patient et/ou screening urinaire à l'admission, la présence d'idées suicidaires avant et durant l'hospitalisation, la résistance du patient au traitement médicamenteux (plusieurs lignes de traitements antipsychotiques successifs).

**Les processus de soins** répertoriaient le statut médico-légal du patient à son arrivée, la durée du séjour hospitalier (en jours), la mise en place et le nombre de jours d'une méthode d'isolement ou de contention, le diagnostic abordé avec le patient, l'implication médicale de l'entourage (au moins un rendez-vous en présence du médecin référent), le nombre d'unités rencontrées au cours du séjour hospitalier, la persistance du même secteur et du même référent médical entre l'intra et l'extra hospitalier, le début du programme ambulatoire avant la sortie (visite des lieux ambulatoires ou début d'une activité thérapeutique), les difficultés de compliance médicamenteuse identifiées durant le séjour (expression d'un mécontentement vis-à-vis de la médication, refus de prise ou prises irrégulières, absence de conscience de la nécessité de prendre un traitement), la forme du traitement neuroleptique prescrite (orale ou à libération prolongée), le délai avant le premier rendez-vous ambulatoire (jours), et le nombre de projets d'aides concrètes (Annexe 1).

#### **4. Analyses statistiques**

L'ensemble des variables a été décrit en termes d'effectifs et de pourcentages. L'association entre la venue au premier rendez-vous et les variables explicatives, citées précédemment, a été étudiée. Pour sélectionner les facteurs associés à la venue au premier rendez-vous, des analyses univariées ont été réalisées (test de Chi 2 ou test de Fisher exact).

Une analyse multivariée de type régression logistique a ensuite été effectuée en incluant dans le modèle les variables identifiées comme significativement associées à la venue au premier rendez-vous au seuil  $p=0,20$  en analyses univariées.

Une sélection des variables pas à pas descendante a été réalisée.

Le seuil  $p=0.05$  a été retenu pour déterminer la significativité des variables dans le modèle multivarié. L'ensemble des analyses a été réalisé avec le logiciel R Studio 3.6.0.

#### **5. Éthique**

Cette étude respecte la procédure de protection des données personnelles et a été approuvée par le comité d'éthique le 04 avril 2019. Les patients respectant les critères d'inclusion ont été informés de la recherche rétrospective sans impact sur leur prise en charge et sur la possibilité de consulter les résultats. Leur consentement a été recherché par l'envoi d'un formulaire de non-opposition (Annexe 2). Pour les patients mineurs, deux formulaires destinés aux parents et au mineur ont été individualisés.

# Résultats

## 1. Diagramme de flux

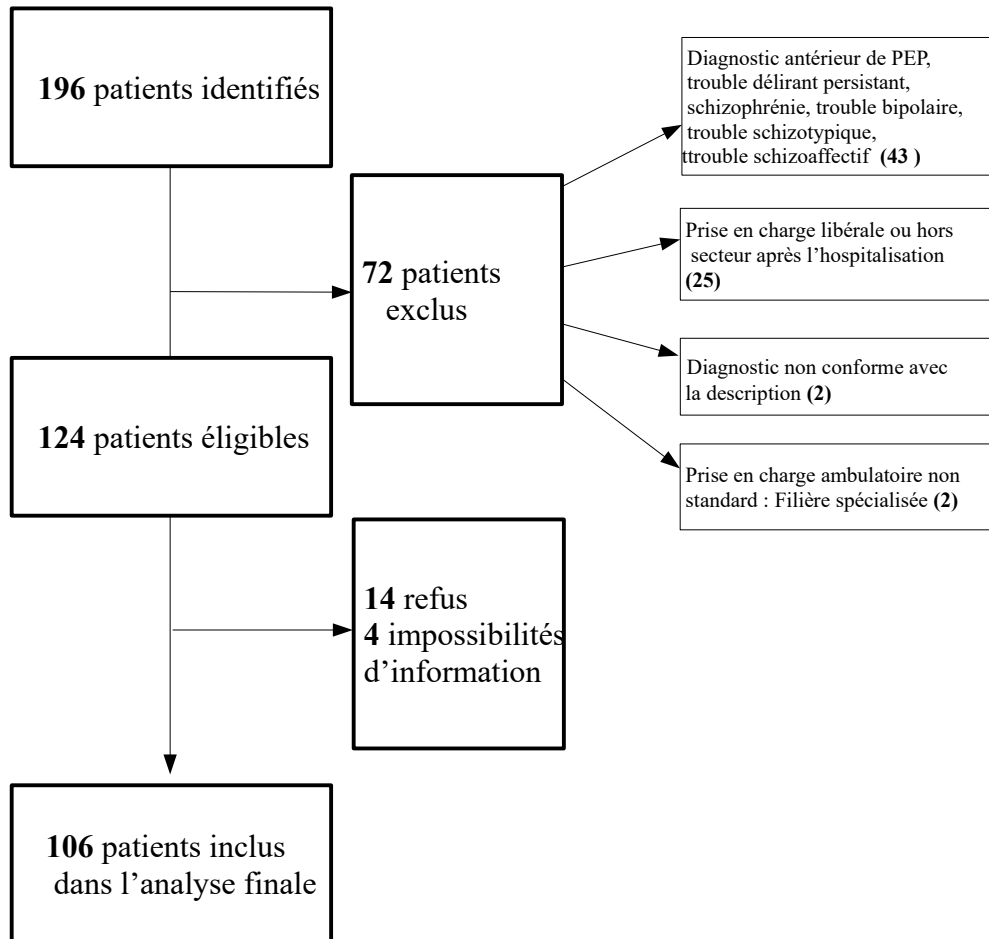


Figure 1: Diagramme de flux de la population d'étude.

## 2. Description de la population d'étude

**Tableau 1. Caractéristiques socio-démographiques et cliniques de la population d'étude**

		Total (n=106) Effectif(%)
<b>Caractéristiques socio-démographiques</b>		
Sexe	homme	76 (71,7)
	femme	30 (28,3)
Age admission (années)	[15,20]	37 (34,9)
	[20,22]	19 (17,9)
	[22,25]	25 (23,6)
	[25,30]	25 (23,6)
Scolarité (n=78)	≤scolarité obligatoire	11 (14,1)
	>scolarité obligatoire	67 (85,9)
Occupation actuelle	activité professionnelle	27 (25,5)
	formation/étudiant	32 (30,2)
	pas d'activité professionnelle	47 (44,3)
Lieu d'hospitalisation	CHGR	79 (74,5)
	EPSM Morbihan	27 (25,5)
<b>Caractéristiques cliniques</b>		
Comportement d'auto-agressivité		39 (36,8)
Comportement d'hétéro-agressivité		48 (45,3)
Présence d'idées suicidaires		34 (32,1)
Consommation de toxiques		61 (62,2)
Résistance au traitement médicamenteux		17 (16,0)

Sur les 106 patients inclus, 26 (24,5 %) ne se sont présentés au premier rendez-vous ambulatoire prévu à l'issue de leur hospitalisation.

L'âge moyen à l'admission des patients inclus était de 22,6 ans (écart type: 3,7).

On retrouvait parmi cette échantillon de sujet 71,7% d'hommes et 28,3% de femmes. La majorité des patients de l'étude ont été hospitalisés au sein du CHGR (74.5%).

La majorité des patients de notre étude (85,9%) avait atteint un niveau scolaire au-delà de la scolarité obligatoire.

44,3% des sujets n'avaient aucune activité professionnelle ou de formation à l'admission.

À l'entrée dans les soins, environ 62% des sujets présentaient une consommation de toxiques ( tous toxiques confondus) régulière retracée dans leurs antécédents ou confirmée par les dosages toxicologiques urinaires.

Les comportements d'auto-agressivité et d'hétéro-agressivité avant et durant l'hospitalisation étaient retracés chez respectivement 36,8% et 45,3% des sujets.

L'hospitalisation sous contrainte à l'admission a été retrouvée pour 58,5% des sujets. Pour 36,8% des patients une méthode d'isolement et ou contention a dû être mise en place durant leur hospitalisation dont 13,2% des sujets pour une durée supérieure à 5 jours.

### 3. Facteurs associés à la venue au premier rendez-vous ambulatoire

**Tableau 2. Résultats des analyses univariées étudiant les facteurs socio-démographiques, cliniques et les processus de soins associés à la venue du patient au premier rendez-vous ambulatoire.**

		Total (n=106) Effectif(%)	Non venu au 1 <sup>er</sup> rendez-vous (n=26) Effectif(%)	Venu au 1 <sup>er</sup> rendez-vous (n=80) Effectif(%)	p	test
<b>Caractéristiques socio-démographiques</b>						
Sexe	homme	76 (71,7)	21 (80,8)	55 (68,8)	0,352	Chi2
	femme	30 (28,3)	5 (19,2)	25 (31,2)		
Age admission (années)	[15,20]	37 (34,9)	9 (34,6)	28 (35,0)	0,101	Fisher exact
	[20,22]	19 (17,9)	1 (3,8)	18 (22,5)		
	[22,25]	25 (23,6)	7 (26,9)	18 (22,5)		
	[25,30]	25 (23,6)	9 (34,6)	16 (20,0)		
Scolarité (n=78)	≤scolarité obligatoire	11 (14,1)	2 (13,3)	9 (14,3)	1,000	Fisher exact
	>scolarité obligatoire	67 (85,9)	13 (86,7)	54 (85,7)		
Occupation actuelle	activité professionnelle	27 (25,5)	7 (26,9)	20 (25,0)	0,968	Chi2
	formation/étudiant	32 (30,2)	8 (30,8)	24 (30,0)		
	pas d'activité professionnelle	47 (44,3)	11 (42,3)	36 (45,0)		
<b>Caractéristiques cliniques</b>						
Comportement d'autoagressivité		39 (36,8)	5 (19,2)	34 (42,5)	0,057	Chi2
Comportement d'hétéroagressivité		48 (45,3)	12 (46,2)	36 (45,0)	1,000	Chi2
Présence d'idées suicidaires		34 (32,1)	3 (11,5)	31 (38,8)	<b>0,014</b>	Fisher exact
Consommation de toxiques		61 (62,2)	15 (60,0)	46 (63,0)	0,977	Chi2
Résistance au traitement médicamenteux		17 (16,0)	3 (11,5)	14 (17,5)	0,556	Fisher exact
<b>Processus de soins</b>						
Mode d'hospitalisation	libre	44 (41,5)	12 (46,2)	32 (40,0)	0,746	Chi2
	sous contrainte	62 (58,5)	14 (53,8)	48 (60,0)		
Durée hospitalisation (jours)	<7 jours	22 (20,8)	11 (42,3)	11 (13,8)	<b>0,024</b>	Fisher exact
	[8-14[ jours	25 (23,6)	6(23,1)	19 (23,7)		
	[14-28[ jours	26(24,5)	4 (15,4)	22 (27,5)		
	≥28 jours	33 (31,1)	5 (19,2)	28 (35,0)		
Mise en place d'isolement/contention		39 (36,8)	9 (34,6)	30 (37,5)	0,975	Chi2
Durée isolement/contention (jours)	[1-5] jours	25 (23,6)	6 (23,1)	19 (23,8)	1,000	Fisher exact
	>5 jours	14 (13,2)	3 (11,5)	11 (13,7)		
	pas de contention	67 (63,2)	17 (65,4)	50 (62,5)		
Diagnostic abordé avec le patient		55 (51,9)	9 (34,6)	46 (57,5)	0,071	Chi2
Rendez-vous médical proche		81 (76,4)	16 (61,5)	65 (81,2)	0,073	Chi2
Difficulté de compliance médication identifiée (n=98)		50 (51,0)	17 (70,8)	33 (44,6)	<b>0,046</b>	Chi2
Forme traitement antipsychotique (n=105)					<b>0,028</b>	Fisher exact
		absence de traitement	8 (7,6)	5 (20,0)	3 (3,8)	
		per os	80 (76,2)	18 (72,0)	62 (77,5)	
		injectable	17 (16,2)	2 (8,0)	15 (18,7)	
Nombre d'unité durant le séjour hospitalier	1 unité	59 (55,7)	13 (50,0)	46 (57,5)	0,526	Chi2
	2 unités	30 (28,3)	7 (26,9)	23 (28,7)		
	≥3 unités	17 (16,0)	6 (23,1)	11 (13,8)		
Même secteur hospitalo-ambulatoire		69 (65,1)	14 (53,8)	55 (68,8)	0,251	Chi2
Même référent médical hospitalo-ambulatoire		54 (50,9)	10 (38,5)	44 (55,0)	0,215	Chi2
Programme ambulatoire initié avant la sortie		24 (22,6)	3 (11,5)	21 (26,2)	0,177	Fisher exact
Nombre de projets d'aides concrètes	0	19 (17,9)	10 (38,5)	9 (11,2)	<b>0,001</b>	Fisher exact
	1	42 (39,6)	12 (46,1)	30 (37,5)		
	≥2	45 (42,5)	4 (15,4)	41 (51,2)		
Délai du rendez-vous ambulatoire(n=101)	0-7 jours	51 (50,5)	7 (33,3)	44 (55,0)	0,184	Fisher exact
	8-14 jours	12 (11,9)	4 (19,0)	10 (12,5)		
	15-23 jours	23 (22,8)	2 (9,5)	15 (18,8)		
	23 jours ou plus	15 (14,8)	8 (38,1)	11 (13,7)		
Etablissements	CHGR	79 (74,5)	22 (84,6)	57 (71,3)	0,205	Fisher exact
	EPSM	27 (25,5)	4 (15,4)	23 (28,7)		

Les variables associées à la venue ou non au premier rendez-vous retenues au seuil  $p=0,20$  étaient l'âge, la présence d'un comportement d'auto-agressivité avant et durant l'hospitalisation, la présence d'idées suicidaires avant et durant l'hospitalisation, la durée du séjour hospitalier, le fait d'avoir abordé le diagnostic avec le patient, au moins une consultation médicale en présence d'un proche, la difficulté de compliance au traitement identifiée durant le séjour, la forme du traitement antipsychotique, l'initiation d'un programme ambulatoire avant la sortie, le nombre de projets d'aides et le délai avant le premier rendez-vous ambulatoire.

Après la sélection de variables pas à pas descendante, les variables finalement incluses dans le modèle multivarié étaient: le comportement d'auto-agressivité, la difficulté de compliance à la médication, la forme du traitement antipsychotique prescrit et le délai avant le premier rendez-vous ambulatoire. Ces résultats sont présentés dans le tableau 2.

**Tableau 3. Résultats de l'analyse multivariée étudiant les facteurs associés à la venue au premier rendez-vous ambulatoire (n=94 patients).**

		OR	IC95% (borne inf)	IC 95% (borne sup)	p
<b>Comportement d'auto-agressivité</b>					
Non	Reference		-	-	0,002
Oui		9,61	1,73	53,28	
<b>Difficulté de compliance à la médication</b>					
Non	Reference		-	-	0,004
Oui		0,16	0,04	0,61	
<b>Forme traitement antipsychotique</b>					
per os	Reference		-	-	0,015
injectable		3,29	0,54	19,88	
<b>Délai du rendez-vous ambulatoire (jours)</b>					
0-7 jours	Reference		-	-	0,339
8-14 jours		0,63	0,08	4,81	
15-23 jours		0,25	0,06	1,12	
23 jours ou plus		0,54	0,11	2,67	

Il y avait une association statistiquement significative entre la venue au premier rendez-vous ambulatoire fixé et la présence d'un comportement d'auto-agressivité avant et durant l'hospitalisation (OR=9,61 [ IC 95%:1,73-53,28]  $p=0,002$ ).

La difficulté de compliance à la médication identifiée durant le séjour hospitalier était statistiquement associée à la non-venue au premier rendez-vous ambulatoire (OR=0,16 [ IC 95%:0,04-0,61]  $p=0,004$ ).



Bien que l'association soit non statistiquement significative, on retrouvait une tendance à l'amélioration de la venue au premier rendez-vous chez les patients ayant bénéficié d'un traitement par antipsychotique à action prolongée en comparaison à ceux traités par un antipsychotique oral (OR=3,29 [IC 95%: 0,54-19,88] p=0,015).

Le délai du rendez-vous n'était pas associé significativement avec la présence du patient au premier rendez-vous ambulatoire (p=0,339). Cependant, on retrouvait une tendance plus importante à la non-venue lorsque le délai pour le rendez-vous était fixé au-delà de 7 jours à l'issue de l'hospitalisation en comparaison à un délai inférieur à 7 jours (OR<1 dans les trois cas de figure).

## Discussion

### 1. Principaux résultats de notre étude

Au total sur les 106 patients inclus dans notre analyse, 26 (24,5%) ne se sont pas présentés au premier rendez-vous ambulatoire fixé après leur hospitalisation. La période de transition hospitalo-ambulatoire constitue chez ces usagers une période à risque de rupture précoce dans le suivi. Le taux de désengagement retrouvé dans notre étude est largement inférieur à l'étude de Bonsack et al (12). Une sous estimation est possible, en raison du nombre de patients (n=18) qui ont été exclus de l'étude suite à un refus de participation ou devant le manque de coordonnées actualisées pour l'envoi de la lettre d'information. En effet nous ferons l'hypothèse que ces sujets ont probablement un risque plus élevé d'être non insérés dans les soins ou perdus de vue.

De plus, dans l'étude Suisse, les suivis ambulatoires en psychiatrie libérale après l'hospitalisation ont été pris en compte ce qui diffère de notre étude dans laquelle l'organisation sectorielle ambulatoire a essentiellement été évaluée. Enfin, nous avons fait le choix de sélectionner la première hospitalisation pour un premier épisode psychotique afin de constituer une population relativement homogène notamment en ce qui concerne l'évolution des troubles. La population étudiée dans l'étude de Bonsack et al. était plus hétérogène. Certains des patients de leur échantillon avaient une évolution des troubles depuis plusieurs mois, ou avaient déjà eu traitement ambulatoire ou un contact avec des soins hospitaliers en dehors du secteur.

Au sein de notre échantillon de patients, les deux variables associées significativement à l'insertion du patient dans les soins ambulatoires étaient la présence d'un comportement d'auto-agressivité avant et pendant l'hospitalisation et les difficultés de compliance médicamenteuse identifiées durant le séjour hospitalier. Une tendance à la non-venue au rendez-vous est retrouvée en cas de délai pour le premier rendez-vous supérieur à 7 jours. La prescription d'un traitement antipsychotique injectable a tendance à favoriser la venue au premier rendez-vous en comparaison au traitement antipsychotique oral.

## **2. Caractéristiques cliniques**

La présence d'auto-agressivité identifiée avant et durant l'hospitalisation chez le sujet a été associée de manière significative à la présence du patient au premier rendez-vous ambulatoire. La présence d'auto-agressivité n'a pas été retrouvée comme un facteur prédictif spécifique d'une meilleure transition dans les soins ambulatoires dans les études antérieures (12,15). Cependant, ces résultats sont à rapprocher de deux études ayant trouvé une association entre une symptomatologie clinique d'intensité plus faible à l'entrée dans les soins et le désengagement ultérieur du sujet. Les auteurs supposaient une plus grande vigilance et motivation des proches et des soignants à favoriser l'alliance dans les soins chez l'usager lors d'une symptomatologie plus bruyante à son admission (21,22). Ainsi, dans notre étude, nous pouvons poser l'hypothèse que l'auto-agressivité peut induire indirectement sur le système organisationnel des soins avec une plus grande vigilance des soignants et des familles, un plan de soin plus étayé pour la sortie et un délai plus court pour le premier rendez-vous ambulatoire.

## **3. Processus de soins**

### **3.1. La difficulté de compliance médicamenteuse**

Nos résultats mettent en avant que la difficulté de compliance médicamenteuse est reliée de manière significative à une insertion moins efficiente du sujet dans les soins ambulatoires. Ce résultat n'a pas été retrouvé dans l'étude de Bonsack et al,(12). Cependant, la comparaison est difficile à effectuer en l'absence d'une méthode standardisée évaluant la compliance au traitement entre ces deux études. Dans notre échantillon, 51% des sujets ont présenté des difficultés de compliance durant leur premier séjour hospitalier pouvant alors prédire une discontinuité ultérieure dans le traitement (23). Ce taux rejoint les résultats retrouvés dans une étude antérieure avec seulement 45,7 % des sujets qui poursuivent leurs traitements 30 jours après l'hospitalisation (24). Le mois à l'issue de l'hospitalisation a été identifiée comme une période à haut risque de rupture dans le traitement médicamenteux (25).

Cette difficulté d'adhésion médicamenteuse a été considérée comme une des principales causes de rechute au cours du premier épisode psychotique. Un risque multiplié par cinq a été retrouvé en cas de discontinuité dans le traitement dans l'étude de Robinson et al (26). Dans notre étude, les patients présentant des difficultés de compliance médicamenteuse ont donc probablement un risque majoré de rechute à l'issue de l'hospitalisation pouvant expliquer une transition incertaine dans le soin ambulatoire.

Afin de faciliter l'adhésion du sujet aux traitements médicamenteux, la qualité de l'information et la compréhension du sujet concernant la médication reçue semble nécessaire. Selon le code de la santé publique, «l'éducation thérapeutique s'inscrit dans le parcours de soins du patient. Elle a pour objectif de rendre le patient plus autonome en facilitant son adhésion aux traitements prescrits et en améliorant sa qualité de vie» (27). Dans une méta analyse incluant 44 études contrôlées et randomisées chez 5142 patients souffrant de troubles psychotiques chroniques, un effet bénéfique de l'éducation thérapeutique a été montré sur l'amélioration de l'adhésion au traitement, la diminution du nombre de rechutes et de réadmissions à court terme ainsi que sur le fonctionnement psychosocial et global des usagers (28).

L'effet de la psychoéducation au cours du premier épisode psychotique a fait l'objet d'un nombre de recherches plus limitées. Ces programmes intégrés dans la majorité des filières de détection et d'intervention précoce incluent des protocoles plus larges. On y retrouve l'éducation thérapeutique associée à la gestion des comorbidités addictives, la thérapie cognitivo-comportementale et la prise en charge multifamiliale. Au sein du programme Traitement et Intervention Précoce pour la Psychose (TIPP) à Lausanne, l'éducation thérapeutique intègre des médiations adaptées et spécifiques aux populations plus jeunes sous la forme de livrets didactiques et ludiques. En effet l'éducation thérapeutique doit pouvoir être accessible à cette population de jeunes adultes dont les besoins diffèrent des personnes souffrant de troubles psychotiques chroniques. Ainsi l'éducation thérapeutique associée à un programme de psychoéducation plus large montre des résultats encourageants en terme d'engagement du sujet dans le soin (29).

### **3.2. Traitement antipsychotique à action prolongée**

Les traitements antipsychotiques à action prolongée (APAP) ont été proposés dans notre étude dans 16.2% des cas ce qui concorde avec les données de la littérature française (30). Avant 2017, dans le secteur universitaire du CHGR seulement 5,3% des patients avaient un traitement APAP prescrit lors de leur premier épisode (31). Une augmentation de cette prescription est donc observée localement. La mise en place des traitements antipsychotiques injectables lors du premier épisode reste soumise à débats :

À travers l'Europe 40% des psychiatres interrogés (n=891) pourraient choisir un traitement antipsychotique injectable pour un premier épisode contre 90% dans une pathologie chronique installée (34).

Certaines représentations négatives associées à l'injection peuvent contribuer à expliquer ces faits.

Une étude qualitative évaluant le point de vue de 198 psychiatres a mis en avant des réticences de prescription au cours du premier épisode. Ces derniers présument un refus actif de leurs jeunes patients lors de la proposition et rapportent leurs méfiances concernant des sujets n'ayant pas encore expérimenté une rechute (35). Heres et son équipe ont ainsi mis en avant que la mauvaise compliance au traitement et les multiples rechutes constituaient selon le point de vue des soignants deux caractéristiques essentielles pour définir un profil de candidat à ce type de traitement (36). Ainsi, dans les représentations soignantes, en raison d'une évolution incertaine du PEP, le traitement injectable est considéré comme stigmatisant et moins acceptable pour le sujet. Certains considèrent que la proposition de cette forme de traitement peut entraver la relation thérapeutique et contribuer à décourager le patient en raison de son association à une condition plus sévère de la maladie (37). Ces représentations peuvent être renforcées en milieu hospitalier puisque l'injection est souvent associée au traitement d'urgence et régulièrement à des méthodes de contention.

Cependant, bien que peu nombreuses, les études évaluant le point de vue des patients ont pu identifier une bonne acceptation de ce type de traitement. Une meilleure adhésion médicamenteuse chez les sujets en comparaison à la forme orale a également été observée (37,38).

Les données de la littérature ont confirmé l'intérêt des traitements antipsychotiques injectables dans la diminution significative du risque de rechute, de réhospitalisation et du nombre de perdus de vue comparé au traitement oral chez des patients souffrant de troubles psychotiques chroniques (32,39,40). Le risque de réhospitalisation, chez les patients traités par un APAP en comparaison à la forme orale, serait même plus largement diminué au cours de la phase précoce que lors de la chronicisation de la pathologie (32,33).

Dans la phase précoce des troubles psychotiques, une sensibilité plus importante aux effets indésirables extra pyramidaux de ces molécules a été observée (41). Sur le plan pharmacologique, la forme à action prolongée permet d'apporter une dose plasmatique plus stable dans le sang ainsi qu'une meilleure biodisponibilité. L'obtention de la dose minimale efficace est ainsi plus aisée permettant de limiter au maximum les effets indésirables (42). Cette meilleure tolérance au traitement est un point essentiel car elle peut ainsi favoriser une amélioration de la qualité de vie du patient participant à une meilleure adhésion médicamenteuse (37,43).

De plus respecter une prise orale quotidienne de traitement suppose une capacité importante d'autonomie. Alors que le PEP arrive majoritairement au cours de l'adolescence ou chez l'adulte jeune, le processus d'autonomisation, en cours de développement, est entravé par l'émergence de la psychose. Plusieurs études ont en effet montré que l'observance médicamenteuse était corrélée à l'âge du patient mentionnant une moins bonne compliance chez les sujets jeunes (44,45). La simplification de la médication au quotidien semble donc un élément à prioriser chez ces jeunes patients.

Les recommandations d'experts préconisent la mise en place des antipsychotiques de deuxième génération à action prolongée comme traitement d'entretien dès le premier épisode de schizophrénie chez des patients suffisamment stabilisés par le traitement oral (46).

Il est probable que les cliniciens privilégient la mise en place de ces traitements en ambulatoire après confirmation d'une stabilité clinique sur plusieurs semaines.

Cependant, dans notre étude, la mise en place d'un traitement APAP avant la sortie d'hospitalisation a tendance à favoriser la venue au premier rendez-vous. Deux points peuvent être soulevés pour expliquer cette tendance :

\*Cette forme de traitement évite le risque de rechute précoce à l'issue de l'hospitalisation pouvant expliquer une transition plus effective dans les soins.

\*L'acceptation de la mise en place du traitement à action prolongée suppose probablement déjà pour le sujet une prise de conscience des troubles et de la nécessité du traitement ainsi qu'une alliance suffisamment solide avec le clinicien. Ces deux notions sont essentielles pour favoriser l'engagement futur du sujet.

Weiden et al. avançaient l'hypothèse que la proposition orale de ce type de traitement constituait déjà un mécanisme de prévention. En effet si le patient refuse cette proposition après une information adéquate, on peut probablement considérer qu'il est à risque d'arrêter son traitement oral dans un futur proche (38). Un travail autour de l'éducation thérapeutique pourra ainsi être ciblé. De plus, la notion de décision médicale partagée est importante dans ce cadre. Cette dernière s'appuie sur la symétrie relationnelle thérapeutique et la capacité participative du patient dans ses soins. Rendre le patient acteur de son projet de soins c'est pouvoir l'informer de toutes les thérapeutiques possibles et lui laisser le choix de la molécule la plus adaptée. Ce choix prenant en compte ses valeurs, ses objectifs de rétablissement et son rythme de vie. Ce partenariat a amélioré la satisfaction des usagers concernant les soins (47).

### **3.3. Le délai pour le premier rendez-vous ambulatoire**

La désinstitutionnalisation mise en place dès les années 1960 a eu pour objectif de réduire le nombre, la durée d'hospitalisation et de concentrer les soins au sein du secteur ambulatoire (48). Cependant, dans notre étude, nous pouvons observer que le délai moyen pour un premier rendez-vous ambulatoire à la suite de l'hospitalisation se situe autour de 15 jours (écart-type: 19,1). Une tendance plus importante à la non-venue au premier rendez-vous ambulatoire a été retrouvée chez les patients ayant un rendez-vous fixé dans un délai supérieur à 7 jours en comparaison à ceux l'ayant obtenu dans un délai inférieur à 7 jours. Cette tendance concorde avec les résultats de la littérature (49,50). En effet rapidement après l'hospitalisation, le sujet peut se retrouver confronté au sentiment de perte lié à l'impact fonctionnel de l'épisode aigu, au vécu de stigmatisation associé à la pathologie mentale et, dans certains cas, à l'incompréhension de l'entourage sur les troubles. Ainsi l'amélioration obtenue à l'hôpital peut être difficilement transposable dans la communauté (51). Un accompagnement plus soutenu de la personne lors de cette transition hospitalo-ambulatoire nécessite d'être pris en compte.

### **3.4. Viser le rétablissement du sujet : une durée d'hospitalisation suffisante pour élaborer des projets concrets avec le patient ?**

Dans les analyses univariées au sein de notre échantillon de sujets , on retrouvait plus fréquemment une durée d'hospitalisation inférieure à 7 jours chez les patients non venus au rendez-vous en comparaison aux patients venus (42,3 % vs 13,8 %  $p=0,024$ ).

Une corrélation entre une durée courte d'hospitalisation et un risque de réadmission plus important a été identifiée chez les patients souffrant de troubles psychotiques chroniques (52,53). Cependant ces résultats n'étaient pas homogène dans la littérature (54). Boyer et al avançaient l'hypothèse qu'une longue durée d'hospitalisation pouvait être le reflet d'une difficulté à engager le patient dans les soins ambulatoires (15).

La durée d'hospitalisation peut être induite par plusieurs déterminants ; liés au patient (âge, comorbidité addictive, intensité des symptômes psychotiques, niveau d'insight) au système de santé et au traitement (54).

Dans notre étude nous pouvons émettre deux hypothèses pour expliquer la relation entre une durée d'hospitalisation inférieure à 7 jours et une absence plus importante au premier rendez-vous ambulatoire. D'abord le fait du patient qui présente une mauvaise compliance aux soins, conduisant à une sortie prématurée d'hospitalisation et donc à un risque de mauvaise insertion dans le soin post hospitalier. Mais également le fait de l'organisation des soins avec des sorties rapides qui ne donnent pas le temps de créer une alliance thérapeutique avec le sujet et par conséquent impactent négativement la transition dans les soins ambulatoires.

Une étude avançait qu'une durée d'hospitalisation courte avec un programme de sortie organisé et planifié n'entraînait pas le syndrome de la porte tournante (55). Ce phénomène a été décrit après l'observation du fait qu'un grand nombre d'usagers sortant rapidement d'hospitalisation y retournaient peu de temps après leur sortie.

Lors de l'entrée dans les soins, parfois précédée d'une longue DPNT, la désinsertion professionnelle et le décrochage scolaire sont souvent de mises. Dans notre échantillon de patients, près de la moitié ne sont pas insérés sur le plan socioprofessionnel ce qui est similaire avec les données retrouvées dans la littérature sur ce sujet (4). Une étude qualitative interrogeant directement les usagers a montré l'importance accordée à leur resocialisation et au retour dans la communauté après un épisode psychotique aigu (56). Ainsi le processus de rétablissement des sujets confrontés à l'émergence de la psychose s'étend au-delà de la réduction des symptômes et intègre la réappropriation de leur trajectoire de vie à travers l'engagement dans un rôle social (57).

Dans les analyses univariées, l'élaboration d'au moins deux projets d'aides concrètes au cours de l'hospitalisation était également retrouvée plus fréquemment chez les sujets venus au rendez-vous en comparaison à ceux non venu (51,2 vs 15,4 %  $p=0,001$ ). La mise en place de projets d'aides concrètes durant l'hospitalisation avait également été retrouvée comme un élément déterminant pour favoriser l'insertion du patient dans le soin ambulatoire au sein de l'étude de Bonsack et al (12). Les activités thérapeutiques proposées dans les HDJ ou les CATTP ont pour objectif d'apporter des aides concrètes aux patients en travaillant l'intégration sociale et les relations interpersonnelles par l'intermédiaire de groupes de socialisation, de réhabilitation psychosociale ou de psychoéducation. Cependant, la mise en place d'activités thérapeutiques au sein de l'HDJ ou des CATTP n'a été proposée qu'à 19 patients (17,9%) dans notre échantillon (Annexe 1).

Alors que l'évolution des troubles n'est pas anticipable à ce stade, existe-t-il une possible réticence des soignants à ancrer le sujet dans un processus de soins amenant une position de malade et de chronicité ?

Afin d'augmenter l'accessibilité et la flexibilité des soins chez cette population de sujets jeunes, des équipes mobiles de soin dans le milieu via l'intervention des cases managers sont mises en place dans les filières de soins dédiées aux psychoses émergentes. Un suivi personnalisé et évolutif permet de favoriser la réintégration graduelle du jeune dans son rôle social et minimiser ainsi le risque lié à la stigmatisation de la pathologie mentale (60).

Dans notre étude, l'association entre ces deux variables (durée d'hospitalisation et élaboration de projets d'aides concrètes) et la présence du patient au premier rendez-vous n'a pas survécu dans l'analyse multivariée, ces résultats sont donc à prendre avec précaution.

### **3.5. Annonce du diagnostic, stigmatisation ou début de psychoéducation?**

Dans notre échantillon de patients, l'annonce du diagnostic a été réalisée dans 50% des cas et n'a pas été associée statistiquement à l'insertion du sujet dans les soins ambulatoires contrairement à l'étude de Bonsack et al (12). Il est probable que l'annonce du diagnostic ait été sous-estimée dans notre analyse en raison du caractère rétrospectif du recueil pouvant induire une perte d'information. L'annonce du diagnostic au cours du PEP reste souvent débattue en raison du caractère stigmatisant pour le sujet. En effet le PEP est considéré comme non irrévocable et l'évolution ultérieure n'est pas anticipable à ce stade. Certains auteurs considèrent cependant cette information comme nécessaire pour démarrer un processus de psychoéducation (59,60). En effet les recommandations rappellent que toute personne affectée par un épisode psychotique aigu doit être traitée par un antipsychotique durant au moins 1 an après la rémission afin d'éviter le risque de rechute (32).

Dans tout schéma médical classique, c'est l'annonce du diagnostic préalable qui va justifier la nécessité d'un traitement médicamenteux pour le sujet. De plus, l'information sur le trouble rend le patient acteur de sa prise en charge. En partenaire éclairé, il peut ainsi modifier son comportement et sa capacité de décision en connaissance de cause (59).

Cependant, en raison du caractère non anticipable à ce stade, Bonsack et ses collaborateurs mettent en avant que c'est la manière dont l'annonce va être réalisée qui va être primordiale au cours d'un premier épisode psychotique. L'abord avec un « optimisme réalisme » du traitement et du rétablissement potentiel est nécessaire afin de laisser aux patients et ses proches la possibilité de garder espoir concernant les évolutions ultérieures (12).

### **3.6. Implication de l'entourage**

Dans notre étude, l'implication des proches dans le parcours de soins n'a pas été corrélée significativement à la présence du patient au premier rendez-vous. Dans l'étude de Boyer et al, une association statistiquement significative a été retrouvée entre cette variable et la présence du sujet au premier rendez-vous ambulatoire (15). Cependant la population différait de notre étude puisque l'ensemble des sujets pour lesquels un premier diagnostic en psychiatrie a été établi, quel que soit la nature du trouble, étaient inclus dans leur analyse.

Une étude réalisée auprès de 286 patients souffrant d'un PEP a retrouvé que l'absence de participation des familles à un programme de soin spécifique au premier épisode constituait un facteur prédictif du désengagement du patient à 30 mois de suivi (61). Au sein de notre étude, nous avons évalué l'implication des proches par leur participation à au moins un entretien médical au cours de l'hospitalisation. Ainsi, l'engagement de l'entourage dans des programmes d'éducation et de soutien spécifiques maintenus sur le long terme pourrait rendre leur partenariat plus efficace (60). La phase de transition entre l'adolescence et l'âge adulte constitue un moment clé au sein du système familial. Cette période nécessite une adaptation émotionnelle et relationnelle de l'entourage pour permettre l'autonomisation et l'individuation du jeune. L'impact de la détresse familiale occasionné par un épisode psychotique aigu à cet âge de la vie est non négligeable. Ce sentiment de détresse a été associé à l'évaluation par les proches de l'impact et des conséquences de la maladie sur le sujet (62). Plusieurs données de la littérature rapportent une insatisfaction des familles concernant l'information sur les troubles et les conseils donnés sur les stratégies d'adaptation nécessaires (63,64). À l'âge où émerge la psychose, la famille constitue pourtant une des principales ressources afin que l'accompagnement du sujet après l'hospitalisation puisse se poursuivre au sein de la communauté. Ainsi, comment accompagner l'entourage et reconnaître leurs compétences au cours du parcours de soins du patient?



Depuis l'implantation des services de détection et d'intervention précoce, des programmes de psychoéducation spécifiques à la psychose émergente et dédiés aux familles ont fait l'objet de multiples recherches. Les objectifs principaux du travail avec les familles d'un sujet souffrant d'un PEP diffèrent des programmes d'éducation développés au sein des pathologies psychotiques chroniques. Ces objectifs ont été référencés par Addington et son équipe dans leur revue publiée en 2004 : Maximiser les réactions adaptatives « coping » chez les familles en leur offrant une information adaptée sur les troubles et les traitements et en leur proposant des stratégies de résolution de problème et de communication. Limiter la perturbation liée à l'arrivée de la maladie dans la vie familiale et le risque à long terme de douleur, de détresse et de fardeau en accueillant de manière individuelle ou groupale leurs ressentis émotionnels (65). Ces derniers ont montré des résultats encourageants en terme d'amélioration des connaissances des proches sur les troubles, de diminution du sentiment d'isolement (66) et d'apaisement du «sentiment de fardeau» lié à la survenue du trouble et son impact (67). Une étude a également montré une amélioration de l'adhésion au traitement médicamenteux chez les patients lors de l'implication des familles dans le programme de soin (44).

### **3.7. Partage du programme de soins entre l'intra et l'extra hospitalier.**

Le partage d'information sur le programme de soins entre les équipes hospitalières et ambulatoires a été identifié comme un facteur prédictif d'une meilleure insertion du sujet dans le soin ambulatoire dans les études antérieures (12,15). Dans notre étude cette association n'a pas été retrouvée.

Nous avons identifié une réelle complexité au sein du parcours de soin hospitalier pour les sujets avec 28,3 % d'entre eux ayant rencontré au moins deux unités d'hospitalisation au cours de leur durée de séjour et 16 % au moins trois unités. Cette fragmentation complexifie le parcours de soins des patients et crée des barrières à la transmission d'informations entre les multiples intervenants. Ainsi la qualité de l'information transmise entre le secteur hospitalier et ambulatoire est possiblement entravée par ces multiples changements.

## 4. Limites de l'étude

Plusieurs limites concernant cette étude doivent être prises en compte.

Le recueil rétrospectif de données sur les dossiers médicaux peut induire une perte d'informations ainsi qu'une variabilité interjuge. En effet, cette méthode de recueil implique de se fier entièrement à la personne qui rédige l'observation et certaines données peuvent être difficiles à retrouver sans des échelles de cotations standardisées. Dans ce contexte, l'intensité de la symptomatologie clinique pouvant être objectivée par l'échelle PANSS n'a pas pu être évaluée dans notre étude. Il aurait été pourtant intéressant de pouvoir l'étudier car son association avec l'engagement du sujet dans les soins a été retrouvé dans plusieurs études antérieures (20).

Les patients présentant un diagnostic de trouble de l'humeur à expression psychotique et les premiers épisodes des patients bipolaires et schizophrènes n'ont pas été inclus dans cette analyse. Cela peut donc favoriser les biais de recrutement et d'échantillonnage.

La difficulté de compliance au traitement médicamenteux a été, dans certains cas, difficile à retracer (8 données manquantes) et a été déterminée essentiellement selon l'évaluation subjective des soignants. Une étude a montré un taux élevé de concordance entre l'évaluation des soignants et de l'utilisateur concernant l'adhésion au traitement (68). Cependant en pratique il est difficile d'évaluer de manière objective l'absence ou la compliance partielle du sujet à son traitement et le risque de sous estimation peut se révéler important. Les méthodes objectives telles que les dosages biologiques sont peu pratiquées en routine du fait de leur coût et de leur faible disponibilité (69). La compliance est un phénomène complexe pouvant être associé à plusieurs facteurs: effets indésirables liés à la médication, attitude négative du patient autour des traitements, la symptomatologie délirante, les comorbidités toxiques, l'implication des proches dans le parcours de soins et l'alliance thérapeutique avec le soignant (44,70–72). Il aurait été ainsi intéressant, dans notre étude, de pouvoir prendre en compte l'implication de l'ensemble de ces facteurs afin d'objectiver au mieux la compliance à la médication chez le sujet. Une échelle d'évaluation de l'adhésion au traitement mise en place par Thompson et ses collaborateurs a montré une bonne fiabilité et validité interne (MARS: Medication Adherence Rating Scale) (Annexe 3). Cette échelle facilement reproductible en routine pourrait être utilisée dans les recherches ultérieures (69).

La persistance de consommation de toxiques durant le traitement a été associée à un moins bon engagement du patient dans la littérature (73,21). Dans notre étude, la consommation de toxiques à l'entrée a été répertoriée. 57 dosages toxicologiques seulement ( 54%) ont été réalisés à l'admission ce qui peut sous estimer cette variable. Des dosages plus réguliers à l'admission nécessitent d'être pris en compte.

## 5. Perspectives

Afin de faciliter la continuité dans les soins et réduire la durée de psychose non traitée, des filières de détection et d'intervention précoce basées sur le modèle développé dans les centres pionniers se sont progressivement implantées en France (74). Dans le secteur universitaire du CHGR, une filière s'est mise en place depuis septembre 2018. Cette dernière apporte une prise en charge spécifique et évolutive au patient présentant un PEP en complément de la prise en charge standard durant 2 ans.

L'intervention principale repose sur le principe du « case management » (75). Ce rôle est confié à un infirmier, dit « infirmier case manager ». Ce dernier a pour visée de constituer le fil rouge de la prise en charge du patient durant 2 ans. Se déplaçant au sein de son milieu de vie, il va alors apporter des aides concrètes au patient, l'accompagner dans ses démarches afin de lui permettre de se réengager dans un rôle social. En effet, la rémission symptomatique ne suffit pas à réengager le sujet dans une activité sociale. Il convient donc de trouver l'ajustement nécessaire entre les objectifs de rémission apportés par le soin et celle du rétablissement social et personnel (57).

Afin de faciliter la relation thérapeutique avec le patient, le case manager intervient précocement dans la prise en charge dès l'évaluation initiale. « *Le case manager doit en effet tenir un rôle central dans les décisions aussi bien en intra qu'en extra-hospitalier* » (76). En effet, la rencontre du soignant référent ambulatoire avant la sortie d'hospitalisation a déjà été relevée dans la littérature comme un facteur facilitant la motivation du sujet et son adhésion au projet de soin ambulatoire (15,16).

Un groupe d'éducation thérapeutique va être mis en place prochainement pour travailler l'adhésion du patient à son traitement et le rendre acteur de sa prise en charge. Notre étude nous montre qu'il s'agit d'un élément clé pour maximiser les chances d'engagement du sujet. Des techniques spécifiques d'engagement du sujet dans les soins ont également été réfléchies, de type comportementales (travailler avec le patient sur les oublis de rendez-vous, de traitement, utilisation d'outils externes telles que les piluliers, messages), cognitives (travailler la croyance associée au traitement) ou motivationnelles.

La famille retrouve une place de partenaire dans les soins. Le case manager assure ainsi un rôle principal d'interlocuteur avec la famille et facilite ainsi la communication. Des rencontres entre la famille et le médecin sont mis en place. Des groupes d'éducation lui seront aussi proposés ainsi que la possibilité d'intégrer un programme type profamille.

En 2010, au sein de dispositif du même type, TIPPP, la transition dans les soins ambulatoires a été considérablement favorisée avec seulement 10 % de rupture de suivi sur trois ans en 2010 versus 48 % en 2006 (29).

Dans notre étude, nous nous sommes attachés à étudier la période de transition hospitalo-ambulatoire que nous avons évalué par la présence du patient au premier rendez-vous ambulatoire fixé. Cependant, nous savons que l'insertion dans les soins ambulatoires ne se réduit pas à cette période de transition ni seulement à la présence physique du patient aux rendez-vous.

L'insertion du sujet doit venir aussi prendre en compte le phénomène « d'engagement dans les soins ». En effet, certains patients ne présentent pas d'alliance dans le soin mais se rendent physiquement aux rendez-vous, sous la pression de l'entourage ou parce qu'ils sont soumis à un programme de soins particuliers. Au contraire, certains peuvent se montrer thérapeutiquement engagés mais limités dans leur présence aux rendez-vous par la reprise de leur travail, des contraintes de distance ou de maladie physique.

Deux méta-analyses récentes mettent en avant l'absence de définition consensuelle et de mesure standardisée « de l'engagement du sujet dans les soins ». Chaque étude utilisant sa propre définition rendant difficile la comparaison de cette variable entre elles (20,77). Pour Brien et son équipe, il s'agit d'un « *phénomène complexe incluant de multiples facteurs : l'acceptation et le besoin d'aide, l'alliance thérapeutique avec les professionnels, la satisfaction concernant l'aide déjà reçue et l'acceptation mutuelle d'objectifs de travail partagés* » (78). Ainsi des études qualitatives seraient nécessaires pour comprendre la complexité du désengagement chez le sujet.

La filière mise en place au sein du secteur universitaire du CHGR pourra permettre de suivre de manière prospective et longitudinale le patient dans son parcours de soins. Des évaluations plus précises à l'aide d'échelles de mesure standardisées telle que la PANSS ont été réalisées à l'entrée et l'évaluation de la satisfaction du suivi des patients et soignants a pu être répertoriée à l'aide d'entretiens semi dirigés.

## Conclusion

Cette étude exploratoire a permis d'identifier, au sein de notre organisation sectorielle française, les facteurs associés à la transition du patient dans les soins ambulatoires à l'issue d'une hospitalisation pour un PEP.

Cette étude met en avant un risque de rupture précoce dans le suivi avec près d'un quart des usagers inclus dans notre échantillon qui ne se présentent pas au premier rendez-vous ambulatoire prévu. Nous ne pouvons ignorer la difficulté persistante de notre système de soin à maintenir chez ces personnes une continuité dans le suivi.

Ce travail nous a permis d'identifier des stratégies de soins à prendre en compte lors du premier contact hospitalier pour favoriser l'insertion ultérieure du patient dans les soins:

Repérer et travailler l'adhésion médicamenteuse avant la sortie d'hospitalisation semble un élément pouvant maximiser l'engagement du sujet.

Bien que soumise à débat, la proposition d'un traitement antipsychotique à action prolongée doit être considérée dès le premier épisode.

Enfin, les mesures prises par les intervenants pour soutenir la continuité des soins avec une prise de contact dans un délai inférieur à 7 jours après la sortie d'hospitalisation et les aides concrètes apportées en partenariat avec le patient doivent être prises en compte.

Se basant sur le modèle développé dans les centres pionniers de l'intervention précoce, la mise en place d'une filière spécialisée PEP au sein du secteur universitaire du CHGR apporte une prise en charge spécifique, adaptée et évolutive en complément de la prise en charge standard depuis septembre 2018. La philosophie des soins se développe dans une attitude positive et proactive se tournant vers le rétablissement. De nouvelles recherches pourront venir questionner la place de cette nouvelle organisation des soins dans l'amélioration de la continuité du suivi chez ces sujets. Il serait intéressant de pouvoir prendre en compte dans les études futures des critères quantitatifs tels que la présence physique du patient aux rendez-vous de manière longitudinale lors du parcours de soins mais également qualitatifs tels que l'acceptation du besoin d'aide et l'alliance thérapeutique avec le soignant. Ces critères viennent rendre compte de la complexité du phénomène d'engagement chez le sujet.

## Bibliographie

1. Perälä J, Suvisaari J, Saarni SI, Kuoppasalmi K, Isometsä E, Pirkola S, et al. Lifetime Prevalence of Psychotic and Bipolar I Disorders in a General Population. *Arch Gen Psychiatry*. 2007 Jan 1;64(1):19.
2. Kirkbride JB, Hameed Y, Ankireddypalli G, Ioannidis K, Crane CM, Nasir M, et al. The Epidemiology of First-Episode Psychosis in Early Intervention in Psychosis Services: Findings From the Social Epidemiology of Psychoses in East Anglia [SEPEA] Study. *Am J Psychiatry*. 2017 Feb;174(2):143–53.
3. Häfner H, Maurer K, Löffler W, an der Heiden W, Munk-Jørgensen P, Hambrecht M, et al. The ABC schizophrenia study: a preliminary overview of the results. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 1998 Jul 13;33(8):380–6.
4. Marwaha S, Johnson S. Schizophrenia and employment. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2004 May 1;39(5):337–49.
5. 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 Sep 1;62(9):975.
6. Larsen TK, Friis S, Haahr U, Joa I, Johannessen JO, Melle I, et al. Early detection and intervention in first-episode schizophrenia: a critical review. *Acta Psychiatr Scand*. 2001 May;103(5):323–34.
7. Drake RJ, Haley CJ, Akhtar S, Lewis SW. Causes and consequences of duration of untreated psychosis in schizophrenia. *Br J Psychiatry*. 2000 Dec;177(6):511–5.
8. Mueser KT, DeTore NR, Kredlow MA, Bourgeois ML, Penn DL, Hintz K. Clinical and Demographic Correlates of Stigma in First Episode Psychosis: The Impact of Duration of Untreated Psychosis. *Acta Psychiatr Scand*. 2019 Sep 26;
9. Le Galudec M, Stephan F, Mascret R, Bourgin J, Walter M. Diagnostic précoce dans la schizophrénie : une mission pour les médecins généralistes ? *Presse Médicale*. 2011 Jan;40(1):3–9.
10. Brunet K, Birchwood M, Lester H, Thornhill K. Delays in mental health services and duration of untreated psychosis. *Psychiatr Bull*. 2007 Nov;31(11):408–10.
11. 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 Oct;162(10):1785–804.
12. Bonsack C, Pfister T, Conus P. Insertion dans les soins après une première hospitalisation dans un secteur pour psychose. *L'Encéphale*. 2006 Oct;32(5):679–85.
13. Mueser KT, Lu W, Rosenberg SD, Wolfe R. The trauma of psychosis: Posttraumatic stress disorder and recent onset psychosis. *Schizophr Res*. 2010 Feb;116(2–3):217–27.
14. El Hamaoui, Y., Yaalaoui, S., Moussaoui, D., & Battas, O. Étude de suivi sur deux ans de patients présentant un accès psychotique aigu: modalités évolutives et pronostic. *L'Encéphale*. 2003;29(5):425-429.

15. Boyer CA, McAlpine DD, Pottick KJ, Olfson M. Identifying Risk Factors and Key Strategies in Linkage to Outpatient Psychiatric Care. *Am J Psychiatry*. 2000 Oct;157(10):1592–8.
16. Vigod SN, Kurdyak PA, Dennis C-L, Leszcz T, Taylor VH, Blumberger DM, et al. Transitional interventions to reduce early psychiatric readmissions in adults: systematic review. *Br J Psychiatry*. 2013 Mar;202(3):187–94.
17. Nelson EA, Maruish ME, Axler JL. Effects of Discharge Planning and Compliance With Outpatient Appointments on Readmission Rates. *Psychiatr Serv*. 2000 Jul;51(7):885–9.
18. Killaspy H, Banerjee S, King M, Lloyd M. Prospective controlled study of psychiatric outpatient non-attendance: Characteristics and outcome. *Br J Psychiatry*. 2000 Feb;176(2):160–5.
19. Addington J, Saeedi H, Addington D. The course of cognitive functioning in first episode psychosis: Changes over time and impact on outcome. *Schizophr Res*. 2005 Oct;78(1):35–43.
20. Doyle R, Turner N, Fanning F, Brennan D, Renwick L, Lawlor E, et al. First-Episode Psychosis and Disengagement From Treatment: A Systematic Review. *Psychiatr Serv*. 2014 May;65(5):603–11.
21. Conus P, Lambert M, Cotton S, Bonsack C, McGorry PD, Schimmelmann BG. Rate and predictors of service disengagement in an epidemiological first-episode psychosis cohort. *Schizophr Res*. 2010 May;118(1–3):256–63.
22. Schimmelmann BG, Conus P, Schacht M, McGorry P, Lambert M. Predictors of Service Disengagement in First-Admitted Adolescents With Psychosis. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2006 Aug;45(8):990–9.
23. Perkins DO, Gu H, Weiden PJ, McEvoy JP, Hamer RM, Lieberman JA. Predictors of Treatment Discontinuation and Medication Nonadherence in Patients Recovering From a First Episode of Schizophrenia, Schizophreniform Disorder, or Schizoaffective Disorder: A Randomized, Double-Blind, Flexible-Dose, Multicenter Study. *J Clin Psychiatry*. 2008 Jan 15;69(1):106–13.
24. Tiihonen J, Haukka J, Taylor M, Haddad PM, Patel MX, Korhonen P. A Nationwide Cohort Study of Oral and Depot Antipsychotics After First Hospitalization for Schizophrenia. *Am J Psychiatry*. 2011 Jun;168(6):603–9.
25. Mojtabai R, Lavelle J, Gibson PJ, Sohler NL, Craig TJ, Carlson GA, et al. Gaps in Use of Antipsychotics After Discharge by First-Admission Patients With Schizophrenia, 1989 to 1996. *Psychiatr Serv*. 2002 Mar;53(3):337–9.
26. Robinson D, Woerner MG, Alvir JMaJ, Bilder R, Goldman R, Geisler S, et al. Predictors of Relapse Following Response From a First Episode of Schizophrenia or Schizoaffective Disorder. *Arch Gen Psychiatry*. 1999 Mar 1;56(3):241.
27. (loi HPST N° 2009-879, article L.1161-1 du code de la Santé publique).
28. Xia J, Merinder LB, Belgamwar MR. Psychoeducation for schizophrenia. *Cochrane Schizophrenia Group*, editor. *Cochrane Database Syst Rev*. 2011 Jun 15 [cited 2019 Sep 23];

29. Baumann PS, Crespi S, Marion-Veyron R, Solida A, Thonney J, Favrod J, et al. Treatment and Early Intervention in Psychosis Program (TIPP-Lausanne): implementation of an early intervention programme for psychosis in Switzerland: Early Psychosis intervention in Lausanne. *Early Interv Psychiatry*. 2013 Aug;7(3):322–8.
30. Fourrier A, Gasquet I, Allicar MP, Bouhassira M, Lépine JP, Bégaud B. Patterns of neuroleptic drug prescription: a national cross-sectional survey of a random sample of French psychiatrists: Patterns of neuroleptic drug prescription. *Br J Clin Pharmacol*. 2001 Dec 24;49(1):80–6.
31. Nolwenn Quillevere-Bazin. Development of a first-episode psychosis, study of 150 patients. Université de Rennes 1; 2017.
32. Tiihonen J, Mittendorfer-Rutz E, Majak M, Mehtälä J, Hoti F, Jedenius E, et al. Real-World Effectiveness of Antipsychotic Treatments in a Nationwide Cohort of 29 823 Patients With Schizophrenia. *JAMA Psychiatry*. 2017 Jul 1;74(7):686.
33. Subotnik KL, Casaus LR, Ventura J, Luo JS, Hellemann GS, Gretchen-Doorly D, et al. Long-Acting Injectable Risperidone for Relapse Prevention and Control of Breakthrough Symptoms After a Recent First Episode of Schizophrenia: A Randomized Clinical Trial. *JAMA Psychiatry*. 2015 Aug 1;72(8):822.
34. Geerts P, Martinez G, Schreiner A. Attitudes towards the administration of long-acting antipsychotics: a survey of physicians and nurses. *BMC Psychiatry*. 2013 Dec;13(1):58.
35. Heres S, Reichhart T, Hamann J, Mendel R, Leucht S, Kissling W. Psychiatrists' attitude to antipsychotic depot treatment in patients with first-episode schizophrenia. *Eur Psychiatry*. 2011 Jul;26(5):297–301.
36. Heres S, Hamann J, Mendel R, Wickelmaier F, Pajonk F-G, Leucht S, et al. Identifying the profile of optimal candidates for antipsychotic depot therapy. *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry*. 2008 Dec;32(8):1987–93.
37. Kim B, Lee S-H, Yang YK, Park J-I, Chung Y-C. Long-Acting Injectable Antipsychotics for First-Episode Schizophrenia: The Pros and Cons. *Schizophr Res Treat*. 2012;2012:1–8.
38. Weiden PJ, Schooler NR, Weedon JC, Elmouchtari A, Sunakawa A, Goldfinger SM. A Randomized Controlled Trial of Long-Acting Injectable Risperidone vs Continuation on Oral Atypical Antipsychotics for First-Episode Schizophrenia Patients: Initial Adherence Outcome. *J Clin Psychiatry*. 2009 Oct 15;70(10):1397–406.
39. Schooler NR. Relapse and rehospitalization: comparing oral and depot antipsychotics. *J Clin Psychiatry*. 2003;64 Suppl 16:14–7.
40. Adams CE, Fenton MKP, Quraishi S, David AS. Systematic meta-review of depot antipsychotic drugs for people with schizophrenia. *Br J Psychiatry*. 2001 Oct;179(4):290–9.
41. Kapur S. Relationship Between Dopamine D2 Occupancy, Clinical Response, and Side Effects: A Double-Blind PET Study of First-Episode Schizophrenia. *Am J Psychiatry*. 2000 Apr 1;157(4):514–20.
42. Gerlach J. Oral versus depot administration of neuroleptics in relapse prevention. *Acta Psychiatr Scand*. 1994 Sep;89(s382):28–32.



43. Viala A, Cornic F, Vacheron M-N. Treatment Adherence with Early Prescription of Long-Acting Injectable Antipsychotics in Recent-Onset Schizophrenia. *Schizophr Res Treat*. 2012;2012:1–5.
44. Coldham EL, Addington J, Addington D. Medication adherence of individuals with a first episode of psychosis. *Acta Psychiatr Scand*. 2002 Oct;106(4):286–90.
45. Nosé M, Barbui C, Tansella M. How often do patients with psychosis fail to adhere to treatment programmes? A systematic review. *Psychol Med*. 2003 Nov;33(7):1149–60.
46. Samalin L, Abbar M, Courtet P, Guillaume S, Lancrenon S, Llorca P-M. Recommandations Formalisées d'Experts de l'AFPBN : prescription des neuroleptiques et antipsychotiques d'action prolongée. *L'Encéphale*. 2013 Dec;39:189–203.
47. Hamann J, Mendel R, Cohen R, Heres S, Ziegler M, Bühner M, et al. Psychiatrists' Use of Shared Decision Making in the Treatment of Schizophrenia: Patient Characteristics and Decision Topics. *Psychiatr Serv*. 2009 Aug;60(8):1107–12.
48. Circulaire du 15 mars 1960 (\*) relative au programme d'organisation et d'équipement des départements en matière de lutte contre les maladies mentales.
49. Centorrino F, Hernán MA, Drago-Ferrante G, Rendall M, Apicella A, Långar G, et al. Factors Associated With Noncompliance With Psychiatric Outpatient Visits. *Psychiatr Serv*. 2001 Mar;52(3):378–80.
50. Compton MT. Barriers to initial outpatient treatment engagement following first hospitalization for a first episode of nonaffective psychosis: a descriptive case series. *J Psychiatr Pract*. 2005 Jan;11(1):62–9.
51. Bonsack C, Gibellini S, Ferrari P, Dorogi Y, Morgan C, Morandi S, et al. Transitional case management: short-term community care intervention after psychiatric hospitalization. Le case management de transition: une intervention à court terme dans la communauté après une hospitalisation psychiatrique. *Schweiz Arch Neurol Psychiatr* 2009 160246–52.
52. Olesen AV, Mortensen PB. Readmission risk in schizophrenia: selection explains previous findings of a progressive course of disorder. *Psychol Med*. 2002 Oct;32(7):1301–7.
53. Lin H-C, Tian W-H, Chen C-S, Liu T-C, Tsai S-Y, Lee H-C. The association between readmission rates and length of stay for schizophrenia: A 3-year population-based study. *Schizophr Res*. 2006 Apr;83(2–3):211–4.
54. Capdevielle D, Boulenger J-P, Villebrun D, Ritchie K. Durées d'hospitalisation des patients souffrant de schizophrénie : implication des systèmes de soin et conséquences médicoéconomiques. *L'Encéphale*. 2009 Sep;35(4):394–9.
55. Parkes J, Shepperd S. Discharge planning from hospital to home. In: The Cochrane Collaboration, editor. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd; 2000 [cited 2019 Sep 24]. p. CD000313. Available from: <http://doi.wiley.com/10.1002/14651858.CD000313>
56. De Haan L, van Raaij B, van den Berg R, Jager M, Houweling P, Stockmann M, et al. Preferences for treatment during a first psychotic episode. *Eur Psychiatry*. 2001 Mar;16(2):83–9.
57. Pachoud B. Enjeu de la réinsertion sociale après un premier épisode psychotique. *L'Encéphale*. 2013 Sep;39:S105–9.

58. Conus P, Polari A, Bonsack C. Intervention dans la phase précoce des troubles psychotiques : objectifs et organisation du programme TIPP (Traitement et intervention dans la phase précoce des troubles psychotiques) à Lausanne. *Inf Psychiatr*. 2010;86(2):145.
59. Hodé Y. Psychoéducation des patients et de leurs proches dans les épisodes psychotiques. *L'Encéphale*. 2013 Sep;39:S110–4.
60. Álvarez-Jiménez M, Parker AG, Hetrick SE, McGorry PD, Gleeson JF. Preventing the Second Episode: A Systematic Review and Meta-analysis of Psychosocial and Pharmacological Trials in First-Episode psychosis. *Schizophr Bull*. 2011 May;37(3):619–30.
61. Stowkowy J, Addington D, Liu L, Hollowell B, Addington J. Predictors of disengagement from treatment in an early psychosis program. *Schizophr Res*. 2012 Apr;136(1–3):7–12.
62. Addington J, Coldham EL, Jones B, Ko T, Addington D. The first episode of psychosis: the experience of relatives. *Acta Psychiatr Scand*. 2003 Oct;108(4):285–9.
63. de Haan L, Kramer L, van Raay B, Weir M, Gardner J, Akselson S, et al. Priorities and satisfaction on the help needed and provided in a first episode of psychosis. A survey in five European Family Association. *Eur Psychiatry*. 2002 Dec;17(8):425–33.
64. Leavey G, King M, Cole E, Hoar A, Johnson-Sabine E. First-onset psychotic illness: Patients' and relatives' satisfaction with services. *Br J Psychiatry*. 1997 Jan;170(1):53–7.
65. Addington, Jean. et Burnett Peter. Working with families in the early stages of psychosis. Psychological interventions in early psychosis: A treatment handbook. In 2004. p. 99–116.
66. Day K, Starbuck R, Petrakis M. Family group interventions in an early psychosis program: A re-evaluation of practice after 10 years of service delivery. *Int J Soc Psychiatry*. 2017 Aug;63(5):433–8.
67. Jeppesen P, Petersen L, Thorup A, Abel M-B, Øhlenschläger J, Christensen TØ, et al. Integrated treatment of first-episode psychosis: effect of treatment on family burden: OPUS trial. *Br J Psychiatry*. 2005 Aug;187(S48):s85–90.
68. Kampman O, Lehtinen K, Lassila V. The reliability of compliance assessments performed by doctors and patients during neuroleptic treatment: a comparison of compliance ratings: Comparison of compliance ratings during neuroleptic treatment. *Acta Psychiatr Scand*. 2008 Jul 7;104(4):299–304.
69. Thompson K, Kulkarni J, Sergejew AA. Reliability and validity of a new Medication Adherence Rating Scale (MARS) for the psychoses. *Schizophr Res*. 2000 May;42(3):241–7.
70. Fenton WS, Blyler CR, Heinssen RK. Determinants of Medication Compliance in Schizophrenia: Empirical and Clinical Findings. *Schizophr Bull*. 1997 Jan 1;23(4):637–51.
71. Leclerc E, Noto C, Bressan RA, Brietzke E. Determinants of adherence to treatment in first-episode psychosis: a comprehensive review. *Rev Bras Psiquiatr*. 2015 May 1;37(2):168–76.
72. Kampman O, Laippala P, Väänänen J, Koivisto E, Kiviniemi P, Kilkku N, et al. Indicators of medication compliance in first-episode psychosis. *Psychiatry Res*. 2002 May;110(1):39–48.

73. Miller R, Ream G, McCormack J, Gunduz-Bruce H, Sevy S, Robinson D. A prospective study of cannabis use as a risk factor for non-adherence and treatment dropout in first-episode schizophrenia. *Schizophr Res.* 2009 Sep;113(2–3):138–44.
74. Krebs M-O. Détection et intervention précoce : un nouveau paradigme. *Ann Méd-Psychol Rev Psychiatr.* 2018 Jan;176(1):65–9.
75. Marion-Veyron R, Mebdouhi N, Baumann PS, Thonney J, Crespi S, Conus P. Les premiers épisodes psychotiques : de l'importance du case management. *L'Évolution Psychiatr.* 2013 Jan;78(1):41–51.
76. Conus P, Maire A, Polar A. *Le case management dans la psychose débutante: un manuel.* Melbourne: Eppic, 2012.
77. Reynolds S, Kim DJ, Brown E, Tindall R, O'Donoghue B. Defining disengagement from mental health services for individuals experiencing first episode psychosis: a systematic review. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 2019 Jul 18 [cited 2019 Sep 23].
78. O'Brien A, Fahmy R, Singh SP. Disengagement from mental health services: A literature review. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 2009 Jul;44(7):558–68.

## Annexes

### Annexe 1: Tableau

**Tableau 4: Projets d'aides concrètes répertoriés au cours de l'hospitalisation**

Type de projets d'aides		Nombre de sujets (effectif%)
Besoin de base	Financier	30 (28,3)
	Aide au logement	9 (8,5)
	Occupationnel	4 (3,8)
Educatif	Groupe éducation thérapeutique	4 (3,8)
	HDJ/ CATTP	19 (17,9)
	Information psychoéducatrice	69 (65,1)
	Gestion des comorbidités	4 (3,8)
	Gestion des traitements (IDE domicile)	4 (3,8)
	Visite à domicile	3 (2,8)

## Annexe 2: Modèle type de la lettre d'information

### LETTRE D'INFORMATION POUR LA PARTICIPATION A UNE RECHERCHE NON INTERVENTIONNELLE

#### Insertion dans les soins ambulatoires après une hospitalisation pour un premier épisode psychotique aigu.

<b>Catégorie de la recherche:</b> Recherche hors Loi Jardé	
Réf. CHGR:	N° ID-RCB: NA
<b>Responsable :</b> CHGR <b>Contact :</b> Direction des affaires médicales et de la recherche 108, av. du Général Leclerc BP 60321 - 35703 Rennes Cedex 7 Tél. : 02 99 33 39 96 <b>Délégué à la Protection des Données :</b> <a href="mailto:dpd@ch-guillaumeregnyier.fr">dpd@ch-guillaumeregnyier.fr</a>	<b>Investigateur Coordonnateur :</b> Pr Dominique Drapier, Pôle Hospitalo-Universitaire de Psychiatrie Adulte, Centre Hospitalier Guillaume Régnyier, 108 avenue du Général Leclerc 35000 Rennes Cedex 7 Tel : 02 99 33 39 37

Personne en charge du traitement des données :  
 Gille Blandine – Interne en psychiatrie Tél : 02.99.33.39.00 (CHGR, service DIM de mars à début mai 2019) ou 02.97.54.49.49 (EPSM Saint Avé, pôle 1 clinique Alré de mai à novembre 2019)

#### Ce document est adressé au participant

#### A compléter par la personne qualifiée qui délivre l'information

Prénom / Nom du participant : .....  
 Lettre d'information adressée : le ...../...../2019  
 Par le médecin investigateur

Madame, Monsieur,

Vous êtes invité(e) à participer à l'étude non interventionnelle intitulée "Insertion dans les soins ambulatoires après une hospitalisation pour un premier épisode psychotique aigu". Le centre hospitalier Guillaume Régnyier est responsable de cette étude et en assure l'organisation. Le fait de participer à cette recherche ne changera pas votre prise en charge. Vous pourrez, si vous le souhaitez, participer simultanément à d'autres études.

Avant de décider de participer à cette étude, il est important pour vous d'en comprendre l'objectif ainsi que ses implications. Cette lettre d'information est destinée à vous aider à prendre une décision concernant votre participation à l'essai qui vous est proposé. Prenez le temps de lire attentivement les informations suivantes. Si toutefois certains points manquent de clarté après la lecture de cette lettre d'information, ou si vous avez besoin d'informations complémentaires, n'hésitez pas à en parler avec votre médecin investigateur.

Si vous faites l'objet d'une curatelle, tutelle ou sauvegarde de justice, vous ne pouvez participer à l'étude, aussi nous vous demandons d'informer sans tarder votre médecin investigateur.

- **OBJECTIF DE L'ETUDE**

Après une première hospitalisation en psychiatrie pour un épisode aigu, un nombre important d'arrêt de suivi lors du passage en ambulatoire est constaté. Cette rupture de suivi peut être dommageable pour la santé psychique de la personne et conduire à des rechutes.

Nous réalisons cette recherche dans l'objectif d'analyser les facteurs pouvant favoriser la continuité du suivi en ambulatoire après une première hospitalisation.

L'étude prévoit d'inclure 112 sujets âgés de 15 à 30 ans ayant été hospitalisés entre le 1er janvier 2017 et le 31 décembre 2018 dans un des deux centres hospitaliers publics de santé mentale (le centre hospitalier Guillaume Régnyier à Rennes et l'EPSM du Morbihan à Saint Avé) qui ont eu un rendez-vous ambulatoire programmé après leur hospitalisation dans le secteur.

- **DEROULEMENT DE L'ETUDE**

L'étude consiste à analyser des informations (données sociodémographiques, cliniques et processus de soin mis en place) vous concernant, recueillies dans votre dossier médical informatisé lors de votre séjour hospitalier.

Cette étude n'impactera en aucun cas votre prise en charge. Au contraire, elle pourra permettre d'améliorer la prise en charge future de personne hospitalisée pour la même problématique.

A l'issue de l'étude, et à votre demande, vous pourrez être informé(e) des résultats globaux de la recherche par votre médecin investigateur.

- **PARTICIPATION VOLONTAIRE**

Votre participation à cette étude est entièrement volontaire et n'engendre aucun surcoût à votre charge.  
 Vous êtes libre de refuser d'y participer ainsi que de mettre un terme à votre participation à l'étude à n'importe quel moment, sans encourir aucun préjudice de ce fait et sans que cela n'entraîne de conséquences sur la qualité des soins qui vous seront prodigués.  
 Dans ce cas, vous devez informer le médecin investigateur de votre décision.  
 Sans réponse négative de votre part dans un délai de 3 semaines, le traitement de vos données sera mis en œuvre.

- **CONFIDENTIALITE ET UTILISATION DES DONNEES PERSONNELLES**

Dans le cadre de la recherche à laquelle le centre hospitalier Guillaume Régnier et votre médecin vous propose de participer, vos données personnelles seront transmises, traitées et analysées au regard des objectifs qui vous ont été présentés.  
 Toutes ces informations seront traitées sous une forme codée (numéro et vos initiales) garantissant leur confidentialité, notamment sans mention de vos nom et prénom.

Le personnel impliqué dans cette recherche est soumis au secret professionnel, tout comme votre médecin traitant.

A cette fin, les données recueillies, strictement nécessaires à la recherche, seront transmises au responsable de la recherche. Ces données pourront également être transmises aux autorités françaises.

Les données seront conservées par le responsable jusqu'à deux ans après la dernière publication des résultats de la recherche ou, en cas d'absence de publication, jusqu'à la signature du rapport final de la recherche. Elles feront ensuite l'objet d'un archivage sur support papier ou informatique pour une durée maximale de 20 ans après la fin de l'étude.

Conformément aux dispositions de loi relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés (loi du 6 janvier 1978 modifiée) et du Règlement Européen 2016/679 du 27 avril 2016, vous disposez d'un droit d'accès, de portabilité, de rectification, d'effacement et de limitation de vos données personnelles.

Le centre hospitalier Guillaume Régnier est le *responsable de traitement* au sens du Règlement Européen 2016/679, puisqu'il détermine les finalités et les moyens du traitement des données dans le cadre de cette étude. L'article 9 de ce règlement lui permet de traiter des catégories particulières de données, incluant des données de santé.

Vous disposez également d'un droit d'opposition à la transmission des données couvertes par le secret professionnel susceptibles d'être utilisées dans le cadre de cette recherche et d'être traitées. L'exercice de ce droit entraîne l'arrêt de la participation à l'essai.

Vous pouvez également accéder directement ou par l'intermédiaire d'une personne qualifiée de votre choix à l'ensemble de vos données médicales en application des dispositions de l'article L 1111-7 du Code de la Santé Publique.

Ces droits s'exercent auprès du médecin investigateur qui vous suit dans le cadre de la recherche et qui connaît votre identité ou du Délégué à la Protection des Données du centre hospitalier Guillaume Régnier ([dpg@ch-guillaumeregner.fr](mailto:dpg@ch-guillaumeregner.fr)).

Cette étude entre dans le cadre de la « Méthodologie de Référence MR-004 » établi par la Commission Nationale Informatique et Liberté (CNIL). Le Centre Hospitalier Guillaume Régnier, en tant que Responsable de l'étude, a signé un engagement de conformité à cette « Méthodologie de Référence » qui garantit que le traitement des données personnelles suit bien les exigences de la CNIL. Pour toute réclamation relative au traitement de vos données de santé, vous pouvez saisir la CNIL.

**Partage des données personnelles anonymisées**

Dans le respect de la réglementation en vigueur et dans un esprit de partage du bien commun que représentent les données d'une recherche, une mise à disposition de vos données personnelles anonymisées est envisagée.

Si vous souhaitez participer à l'étude mais sans le partage de vos données personnelles anonymisées, nous vous remercions de bien vouloir en informer votre médecin investigateur ou l'investigateur coordonnateur par écrit.

- **ASPECTS LEGAUX**

**Le Comité d'éthique de Rennes (CER)** a étudié ce projet le 04/04/2019 et ne s'est pas opposé à sa réalisation.

**Si vous acceptez de participer à cette recherche, merci de conserver cette lettre d'information**

**A compléter et retourner par le participant en cas de refus de participation**

Je, soussigné, (Prénom/Nom) .....

Refuse de participer à la recherche : **Insertion dans les soins ambulatoires après une hospitalisation pour un premier épisode psychotique aigu.**

Signature/Date : .....

**Annexe 3: Échelle : « Medication Adherence Rating Scale » (MARS)**

1. Do you ever forget to take your medicine ? (Yes or no)
2. Are you careless at times about taking your medicine ? (Yes or no)
3. When you feel better, do you sometimes stop taking your medicine ? (Yes or no)
4. Sometimes if you feel better, do you sometimes stop taking your medicine ? (Yes or no)
5. I take my medication only when I am sick. (Yes or no)
6. It is unnatural for my mind and body to be controlled by medication. (Yes or no)
7. My thoughts are clearer on medication. (Yes or no)
8. By staying on medication, I can prevent getting sick. (Yes or no)
9. I feel weird, like a « zombie » on medication. (Yes or no)
10. Medication makes me feel tired and sluggish. (Yes or no)

**GILLE, Blandine.- Insertion dans les soins ambulatoires après une hospitalisation pour un premier épisode psychotique: étude bicentrique des facteurs associés à la transition hospitalo-ambulatoire du patient.**

46 feuilles., 1 graphique, 4 tableaux, 30 cm.- Thèse : Médecine ; Rennes 1; 2019; N° .

**Résumé français**

**Introduction:** À l'issue d'une hospitalisation permettant l'identification d'un premier épisode psychotique et la mise en place d'un traitement, un nombre important de ces usagers rencontrent des difficultés d'engagement dans le soin ambulatoire. Nous avons souhaité étudier les facteurs associés à l'insertion du patient dans les soins ambulatoires après une hospitalisation pour un premier épisode psychotique.

**Méthode:** Une étude rétrospective analytique chez des sujets hospitalisés pour un premier épisode psychotique entre le 1<sup>er</sup> janvier 2016 et le 31 décembre 2018 dans deux établissements publics de santé mentale en Bretagne a été réalisée. Les caractéristiques socio-démographiques, cliniques et les processus de soins mis en place durant l'hospitalisation ont été recueillis à partir des dossiers médicaux informatisés des patients. L'insertion dans les soins ambulatoires était mesurée par la présence du patient au premier rendez-vous ambulatoire de secteur à l'issue de l'hospitalisation. Des analyses uni et multivariées de type régression logistique ont été réalisées.

**Résultats:** Sur les 106 patients inclus, 26 (24,5 %) ne se sont pas présentés au premier rendez-vous. Il y avait une association statistiquement significative entre la venue au premier rendez-vous ambulatoire et un comportement d'auto-agressivité (OR=9,61 [IC 95%:1,73-53,28] p=0,002). La difficulté de compliance médicamenteuse était associée statistiquement à la non-venue au premier rendez-vous (OR=0,16 [IC 95%: 0,04-0,61] p=0,004). Bien que l'association soit non statistiquement significative, on retrouvait une tendance à la venue au rendez-vous plus importante lors de la mise en place d'un traitement antipsychotique à action prolongée en comparaison à une forme orale. Un délai supérieur à 7 jours avant le premier rendez-vous avait tendance à favoriser le risque de non-venue.

**Conclusion:** Selon nos observations, des pistes ont été soulevées pour améliorer la continuité des soins. Nos résultats mettent en exergue la nécessité de prévoir des programmes d'éducation thérapeutique afin d'améliorer l'adhésion médicamenteuse des patients. La proposition d'un traitement antipsychotique à action prolongée et la réduction du délai avant le premier rendez-vous ambulatoire doivent être considérées.

Rubrique de classement:	PSYCHIATRIE
Mots-clés :	Premier épisode psychotique, hospitalisation, soin ambulatoire, désengagement, compliance médicamenteuse, traitement antipsychotique à action prolongée.
Mots-clés anglais MeSH :	First-episode psychosis, hospitalization, outpatient-care, disengagement, medication compliance, Long-Acting Injectable antipsychotics.
Président :	Monsieur le Professeur Dominique DRAPIER, PUPH, Psychiatrie Rennes.
JURY :	Assesseurs : Madame le Docteur EVENO Anne-Laure, Pédopsychiatrie Vannes, directrice de thèse. Monsieur le Professeur NAUDET Florian, PUPH, Psychiatrie Rennes. Monsieur le Docteur ROBERT Gabriel, MCU-PH, Psychiatrie Rennes. Monsieur le Docteur DURAND Ludovic, PH, psychiatrie Rennes.