

# Troubles psychotiques émergents : prise en charge en filière spécialisée ? La question de l'offre de soins et de l'intersectorialité

Ijsbrand Visser<sup>1</sup>  
Joséphine Caubel<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Assistant spécialiste, EPS Érasme, Antony

<sup>2</sup> Chef du Pôle 92G09, EPS Érasme, Antony

**Résumé.** Cet article relate la réflexion en cours sur la prise en charge des personnes confrontées à un trouble psychotique émergent dans un secteur de psychiatrie adulte du département des Hauts-de-Seine. Quelle offre de soins, pour quel territoire ? Comment imbriquer une offre de soins spécialisée intersectorielle dans le dispositif sectoriel existant ? Pour répondre à ces questions, nous nous sommes surtout basés sur le cadre de référence du ministère de la Santé et des Services sociaux canadien de 2017 [1].

**Mots clés :** psychoses émergentes, psychoses débutantes, psychiatrie de secteur, intersectorialité

**Abstract. Emergent psychotic disorders: Care in a specialized treatment center? The issue of providing care and intersectorality.** This article presents current considerations about the care provided to persons dealing with an emergent psychotic disorder in an adult psychiatry sector in the Hauts-de-Seine region of France. What care should be provided for what region? How can specialized intersectoral care be provided within the existing sectoral system? We base our answers to these questions on the 2017 Canadian Ministry of Health and Social Services framework [1].

**Keywords:** first psychotic episode, care services, psychiatric sectorization, intersectorality, emergent psychosis

**Resumen. Trastornos psicóticos emergentes: ¿ Atención en departamento especializado ?** Este artículo relata a la reflexión en curso sobre la atención a personas con un trastorno psicótico emergente en un sector de psiquiatría adulta del departamento de Hauts-de-Seine. ¿ Qué oferta de cuidados y para qué territorio? ¿Cómo acoplar una oferta de cuidados especializada intersectorial en el dispositivo sectorial existente? Para responder a estas preguntas nos hemos basado sobre todo en el cuadro de referencia del ministerio de sanidad y de los servicios sociales canadiense de 2017.

**Palabras claves:** primer episodio psicótico, oferta de cuidados, sectorización psiquiátrica intersectorial, intersectorialidad, psicosis emergente

La psychose influence la perception et l'évaluation de l'environnement d'une personne, ainsi que son humeur, sa façon de penser et de se présenter. Ainsi, elle a un effet négatif sur le contact avec les autres et perturbe le fonctionnement dans la vie personnelle, scolaire ou professionnelle. Elle cause une grande souffrance pour le patient et ses proches avec une réduction de l'autonomie, au moins temporaire.

Le pourcentage de la population générale qui souffrira de psychose au cours de sa vie est d'environ 3 %. L'incidence est entre 34 et 44 nouveaux cas par 100 000 personnes-années pour un premier épisode psychotique. Dans la majorité des cas c'est une manifestation de la schizophrénie (51 %) ou d'un autre trouble

psychotique non affectif (32,5 %). La psychose débute le plus souvent entre l'âge de 15 et 25 ans. Dans les régions avec une forte densité de population et une situation socioéconomique défavorisée, l'incidence est plus élevée. Dans les grandes villes, comme les secteurs dont nous parlons ici, elle est multipliée par un facteur 1,5 [2].

## Contexte du pôle 92G09 à l'EPS Érasme

Créé en 1982, l'EPS Érasme comprend des services d'hospitalisation à Antony, ville située à l'extrême au sud du département des Hauts-de-Seine et diverses unités de soins sur les territoires desservis, dont les villes de Suresnes et de Puteaux situées au centre du département. Le site principal d'hospitalisation a une capacité de 124 lits d'hospitalisation complète, répartis parmi les sept unités d'hospitalisation dont trois unités de

**Correspondance :** J. Caubel  
<josephine.caubel@eps-erasme.fr>

psychiatrie générale sectorielles et quatre unités intersectorielles de psychiatrie : une unité d'accueil, une de réinsertion, une dédiée aux patients anxiodépressifs et une d'hospitalisation complète pour adolescents. En articulation avec ce dispositif d'hospitalisation, une maison thérapeutique de sept places située à Antony à vocation intersectorielle et dont l'objectif est d'accueillir des adultes en voie de réinsertion. Il y a 22 lieux de soins extrahospitaliers répartis dans les secteurs desservis.

La réflexion pluriprofessionnelle sur l'accueil et le suivi des personnes présentant un premier épisode psychotique est ancienne à l'EPS Érasme, comme en témoignent les différents groupes de travail à ce sujet, des formations ciblées, ainsi que les projets d'établissement. En se basant sur les données évoquées, une estimation prudente du nombre de personnes concernées par les secteurs d'Érasme répondrait à un taux d'incidence moyen par an de 40 nouveaux cas par 100 000 habitants, multiplié par le nombre d'habitants des trois secteurs de l'établissement, divisé par 100 000. Suivant ce raisonnement, une estimation de l'incidence des premiers épisodes psychotiques sur les trois secteurs d'Érasme serait de  $40 \times 2,2 = 88$  personnes. Comme mentionné, le degré d'urbanisation étant un facteur de risque, ce chiffre est à multiplier par un facteur 1,5. En conséquence, une estimation prudente est d'environ 130 nouveaux cas par an pour ces trois secteurs sachant que certaines personnes concernées ne demandent pas de soins, ou s'adressent à d'autres structures, privées par exemple.

Les données disponibles à ce jour ne permettent pas de connaître le nombre de personnes confrontées à un premier épisode psychotique et prises en charge dans nos structures. Néanmoins, nous avons quelques indices concernant l'activité intrahospitalière. Ces dernières années, l'unité intersectorielle d'admission (UIA) a effectué plus que 650 entrées par an et plus d'un tiers des entrées concerne des premières hospitalisations. Plus de 60 personnes par an, environ un quart des premières hospitalisations, sont diagnostiquées comme schizophrènes ou souffrant d'une autre forme de psychose « non affective ». De plus, d'autres souffrent de psychoses dans le cadre d'un trouble de l'humeur ou de psychoses induites par la consommation de produits toxiques. Le nombre de ces patients n'est pas chiffré. Sur les nouveaux arrivants, seule une personne sur cinq est connue du centre médicopsychologique (CMP). On peut donc conclure que tous les ans, un nombre considérable de personnes souffrant d'un premier épisode psychotique entre dans les soins via l'UIA.

D'autres patients arrivent via les consultations de secteur, adressés par des partenaires ou après une intervention à domicile des équipes des CMP. D'autres encore sont adressés après un premier séjour hospitalier, par exemple à l'hôpital Foch à Suresnes pour notre secteur mais nous n'avons pas, à ce moment, de données exactes sur le nombre de personnes qui arrive via ces

parcours. Conformément aux données scientifiques sur l'épidémiologie des premiers épisodes psychotiques, l'interprétation des données disponibles sur l'incidence des premiers épisodes psychotiques à l'UIA, montre que l'EPS Érasme accueille des dizaines, et très probablement plus d'une centaine de personnes par an qui sont confrontées pour la première fois à ces troubles. Pour cette population, la durée de suivi minimale recommandée est de deux ans, ce qui fait que la prévalence des personnes souffrant d'un premier épisode psychotique est encore beaucoup plus importante. Environ un tiers d'entre elles garde des séquelles et un tiers va se chroniciser. Sachant que le pronostic dépend de la qualité de la prise en charge, il s'agit d'un défi majeur pour l'établissement.

## Offre de soins adaptés

Puisque la durée de suivi est d'au moins deux ans, une offre de soins adaptés est une impérative obligation. Les données scientifiques montrent que l'instauration d'équipes interdisciplinaires pour détecter précocement et traiter rapidement les personnes qui vivent un premier épisode psychotique et celles à risque accru de psychose, afin de leur offrir, ainsi qu'à leurs proches, les services essentiels, permet un engagement actif vers le rétablissement [3]. Le délai de la psychose non traitée ayant un effet négatif sur le pronostic, l'instauration rapide d'interventions adaptées et d'un traitement efficace avec une bonne adhésion aux soins améliore le pronostic. Une meilleure implication de l'utilisateur dans son suivi le protège contre des rechutes et des effets négatifs sur la vie sociale et ses capacités cognitives [4]. La mise en place d'un traitement efficace conduit à une rémission pour la plupart des patients dans un délai d'un an. Environ un tiers des patients arrête son traitement sans le consentement de son médecin, provoquant des rechutes dans 77 % des cas à 1 an et 90 % à 2 ans. Dès le premier contact, un lien thérapeutique de qualité est essentiel pour impliquer le patient dans son traitement et éviter des rechutes [1, 5]. Une prise en compte des fréquentes comorbidités somatiques et psychiatriques permet d'adapter les soins aux besoins de l'utilisateur et d'améliorer son adhésion aux soins proposés. Par exemple, le traitement psychiatrique peut avoir un effet négatif sur l'état de santé physique, comme le montrent les taux de 32 à 51 % des usagers psychotiques souffrant d'un syndrome métabolique. Aussi, les problèmes liés aux addictions ne sont pas suffisamment reconnus, dont le tabagisme (64 %) et la consommation de drogues (48 %). La prise en charge somatique est à optimiser en collaboration avec les médecins généralistes du territoire [1]. Une meilleure connaissance, par l'utilisateur et ses proches, de la maladie, des symptômes et le traitement favorise le rétablissement. L'éducation thérapeutique doit être personnalisée et délivrée de façon à

réduire la stigmatisation et l'autostigmatisation. Un bon contact entre le patient, sa famille et l'équipe soignante la rend plus efficace. Elle conduit à une augmentation de l'*insight*, de l'autonomie, de l'optimisme et du bien-être du patient [6]. Dans la schizophrénie, une réduction des capacités cognitives se développe avant les premiers symptômes psychotiques et elle se poursuit après. Les troubles cognitifs sont en grande partie responsables du handicap fonctionnel. Pour ralentir la réduction de capacités cognitives le plus tôt possible et diminuer ses conséquences sur la vie socioprofessionnelle, la remédiation cognitive est primordiale dans la prise en charge des psychoses débutantes [6]. Une attention particulière pour l'entourage des usagers, un lien de confiance et un soutien aux aidants sont indispensables. Un accompagnement sous forme d'éducation thérapeutique s'avère particulièrement utile dans la prise en charge et la prévention des rechutes.

### Offre de soins actuelle au pôle 92G09

Nous avons pensé le dispositif de soins comme une filière territoriale pour les jeunes adultes confrontés à des pathologies psychotiques inaugurales, permettant un accompagnement dans leurs parcours de soins et de vie, favorisant la coordination et l'articulation des étapes de ces parcours, favorisant la mise en lien des différents acteurs et étapes du parcours de soins, assurant les soins intégrés (psychiques et somatiques) et les soins gradués en collaboration avec l'amont et l'aval. Pour l'instant, le territoire concerné est le pôle 92G09. La filière accueille des jeunes adultes entre 18 et 30 ans avec un diagnostic ou une suspicion forte d'un premier épisode psychotique, dont l'entrée dans la maladie est estimée à moins de deux ans, suivis en psychiatrie depuis un maximum de six mois et domiciliés à Suresnes ou Puteaux. Après une phase d'entretiens avec la personne concernée et son entourage, un projet de soins est formulé et sera évalué régulièrement. La prise en charge est à la carte, évolutive, adaptée aux besoins individuels identifiés. La durée maximale de la prise en charge reste à définir, mais se situera probablement entre 2 à 3 ans. L'offre de soins spécialisée en extrahospitalier au pôle 9 est dispensée à partir du centre Jean-Wier à Suresnes. La consultation, comme tout centre médico-psychologique, est une « unité de coordination et d'accueil en milieu ouvert, organisant des actions de prévention, de diagnostic, de soins ambulatoires et d'interventions à domicile, mises à la disposition d'une population, comportant des antennes auprès de toute institution ou établissement nécessitant des prestations psychiatriques ou de soutien psychologique » [7]. Concrètement, cela se traduit par une collaboration avec les acteurs locaux de Suresnes en conseil local de santé mentale et en réunion d'évaluation de situation d'adultes en difficulté, ce qui

permet de faire un travail de prévention et de détection. Une autre activité de prévention est la formation en santé mentale développée pour les bailleurs sociaux de la ville de Suresnes mais cette collaboration n'existe pas pour l'instant avec la ville de Puteaux. L'accueil pour un premier rendez-vous d'évaluation au centre est assuré par l'équipe infirmière dans un délai maximum de quelques jours. La demande de prise en charge sera discutée lors de la réunion pluridisciplinaire hebdomadaire (ou avant en cas de crise). En fonction de l'hypothèse diagnostique et du projet de soins, la personne est prise en charge à Jean-Wier ou orientée vers un de nos partenaires. La présence d'un médecin formé à la Caarms (échelle d'évaluation de dépistage des premiers épisodes psychotiques) favorise le dépistage. Un suivi au domicile est mis en place au besoin. Comme pour tous les usagers, des consultations pluriprofessionnelles (assistantes sociales, diététicienne, infirmier(e)s, psychologues, psychiatres), des ateliers artistiques et sportifs, ainsi que la thérapie psychomotrice permettent d'étayer la personne en fonction de ses besoins. Une équipe mobile d'intervention à domicile, auprès de personnes connues ou non des secteurs psychiatriques, en situation de crise (mais pas en urgence), présentant des troubles d'allure psychiatrique, peut être sollicitée par toute personne susceptible d'intervenir dans l'intérêt de l'utilisateur. Cette unité intervention à domicile et d'évaluation (l'Unidé), permet des interventions à domicile chez des personnes refusant de se rendre au centre, connues ou non, après évaluation de l'indication et des risques potentiels. Cette équipe propose une évaluation psychiatrique initiale et une orientation favorisant l'accès à des soins spécialisés lorsqu'ils sont justifiés. La prise en charge par l'Unidé est limitée dans le temps. Pour l'instant, 0,2 ETP médical est dédié à cette activité. Des échanges réguliers avec la police locale permettent de maintenir une relation de confiance mutuelle, nécessaire en cas de collaboration lors d'une intervention. Lors d'une soirée d'échange avec les médecins généralistes et les infirmier(e)s, psychologues et psychiatres libéraux du secteur, la filière a été présentée. Une lettre de liaison, créée et intégrée dans le dossier patient informatisé par l'EPS Érasme permet désormais la communication par boîtes mail sécurisées, et ce en accord avec le patient. L'hôpital de jour Jean-Wier, de 15 places, assure des prises en charge individuelles et en groupe. Des soignants référents accompagnent les usagers. Depuis 2 ans, les prises en charge à l'HDJ évoluent. Le délai d'attente a baissé à 16 jours. La prise en charge de personnes présentant une psychose émergente a débuté depuis un an. La moyenne d'âge des patients pris en charge a baissé, la DMS également. Le nombre d'entrées suite à une hospitalisation a augmenté, comme le nombre de prises en charge dans les appartements associatifs. L'équipe a rencontré différentes autres équipes d'hôpitaux de jours spécialisés en France. Dans un premier temps,

en plus du dispositif déjà existant, deux places sur les 15 de l'hôpital de jour Jean-Wier, soit une offre de 10 journées à la semaine ont été fléchées pour cette population. Les patients peuvent être accueillis entre une et cinq journées par semaine. Selon l'évolution de cette activité ciblée, un ajustement du nombre de places dédiées sera fait. L'impact sur les pratiques est considérable. Les prises en charge sont plus denses, ce qui se reflète dans la fréquence des entretiens et les temps d'échange avec des interlocuteurs plus variés. L'offre d'activités thérapeutiques s'est élargie et un animateur sportif a été recruté. En plus de la réhabilitation (collaboration médicosociale avec le Clubhouse, les ESAT...), le suivi d'inspiration psychanalytique et le développement personnel artistique, l'éducation thérapeutique et la remédiation cognitive sont en voie de développement. L'*empowerment*, l'autodétermination et le pouvoir d'agir des usagers est ciblé, tout comme leur réhabilitation. Un suivi somatique est systématiquement assuré. Les accompagnements éducatifs sont exigeants et des problématiques nouvelles sont rencontrées tels que des addictions et l'absentéisme. L'accompagnement de l'entourage est essentiel pour cette population, souvent jeune et pas encore autonome. Il y a onze places en appartements associatifs sur le secteur : trois appartements de trois personnes et deux studios de suite. En ce qui concerne l'offre de soins en intrahospitalier, les patients hospitalisées pour la première fois sont à priori accueillis à l'unité intersectorielle d'admission. Pour ne pas trop les confronter avec des usagers au long cours, promiscuité reconnue comme étant un facteur hautement traumatique, ils sortent quasiment toujours sans passer par les unités de psychiatrie générale. En fonction de l'état clinique, la qualité du lien thérapeutique et du soutien de l'entourage, la durée de l'hospitalisation sera aussi brève que possible. La DMS de l'UIA, tous patients confondus, était de 9 jours en 2017. L'équipe à une grande expérience dans ce domaine.

## Formation

La formation est essentielle pour améliorer l'offre de soins spécialisée. Une formation « Psychoses émergentes » a eu lieu au Centre Jean-Wier, accessible à l'ensemble des personnels soignants de l'EPS Érasme, ainsi qu'aux partenaires. Elle était animée par Laurent Lecardeur, (psychologue, CHU de Caen), Isabelle Amado (psychiatre à l'hôpital Sainte-Anne, Paris), Julie Bourgin (psychiatre à l'hôpital Louis-Mourrier, Colombes) et Olivier Guestault (responsable scientifique, laboratoire Otsuka). Par ailleurs, différents membres des équipes sont formés au JIPEJAAD de l'hôpital Sainte-Anne, une infirmière a un DU d'éducation thérapeutique, un psychiatre le DU Détection et intervention précoces des pathologies psychiatriques émergentes du jeune adulte et de l'adolescent (DIPPEJAAD) et plusieurs médecins

et psychologues sont formés à la thérapie cognitivo-comportementale à l'AFTTC. Un groupe de travail se réunit plusieurs fois par mois pour penser et coordonner l'évolution de la filière. Une équipe transversale est progressivement créée. Les membres sont tous actifs dans différentes unités fonctionnelles du secteur, afin de favoriser la continuité des soins et d'éviter un cloisonnement. Une réorganisation du travail, entre autre à la porte d'entrée du CMP (accueil, évaluation et orientation) a permis de libérer un peu de temps pour cette activité, qui se fait à moyens constants. L'articulation entre les différentes unités de soins impliquées prend forme. Les équipes ont une approche dynamique et visent des soins intégrés sur le plan bio-psycho-social. Les besoins et la demande de l'usager, ainsi que ses proches, sont respectés au mieux. Des rencontres avec les médecins généralistes, le SAU local, les partenaires libéraux, les autorités locales et l'Unafam ont permis d'informer et d'impliquer les partenaires en amont et aval de cette nouvelle offre de soins et de ses perspectives. Il persiste néanmoins plusieurs faiblesses de l'offre au regard des besoins. Une inclusion de pairs-aidants, tout comme un travail sur la déstigmatisation sont nécessaires. Les proches des usagers sont impliqués dès le début de la prise en charge, mais il n'y a pas, pour l'instant, d'appui par un thérapeute familial ou systémique. Une évaluation neuropsychologique n'est pas encore possible, mais un recrutement d'un(e) neuropsychologue à mi-temps est en cours et le développement d'un programme de remédiation cognitive adapté est en cours de réflexion. Deux IDE seront formés en tant que *case manager* en 2019 par l'équipe du professeur Philippe Conus en Suisse. L'éducation thérapeutique à l'hôpital de jour est un autre axe prioritaire mais n'est pas encore « certifiée » par l'ARS. D'autres liens avec des partenaires en amont et aval, tels que les addictologues, les enseignants et « le » médico-social en général sont encore à développer.

## Perspectives

Il est préconisé qu'une équipe de soins spécialisée dans les psychoses émergentes chez des adultes deserve une population d'environ 300 000 habitants, ce qui implique une collaboration intersectorielle. En fonction du territoire desservi, une estimation précise des moyens nécessaires est à faire. Une réflexion sur la forme que pourrait prendre cette collaboration a commencé à l'EPS Érasme sous forme d'écriture d'une charte : « La filière coordonne et articule les étapes du parcours de soins, lui donnant sens. Elle facilite la mise en lien des différents acteurs et étapes du parcours de soins et organise des réunions de coordination ou des staffs avec les acteurs de cette filière. Le coordinateur est un chef de pôle, un interlocuteur privilégié, porteur d'initiatives mettant en lien des différents acteurs. »

L'articulation entre le coordinateur de filière et les chefs de pôle se fait par un dialogue régulier entre coordinateur et chefs de pôle qui est le garant du projet médico-soignant de son pôle. Il choisit des options cohérentes sur le territoire et au sein de la filière. Le chef de pôle nomme dans son pôle des référents de filière. En cas de divergence entre protagonistes le sujet est abordé en CME. Une évaluation annuelle est préconisée. Des objectifs communs des secteurs concernés par la filière figureront dans le contrat de pôle, avec des perspectives prioritaires possibles.

En vue d'une collaboration intersectorielle, une formation de 4 jours est prévue fin mars 2019, sur les psychoses émergentes, organisée par l'équipe du professeur Amal Abdel Baki du CHUM de Montréal. Dans le cadre du projet médical du GHT, des référents de différentes équipes, de différents pôles seront formés. Au-delà du contenu de la formation, cette formule permet de créer un lien interprofessionnel et intersectoriel, de recevoir tous la même information, indispensable pour ce genre d'initiative transversale.

Les thèmes abordés seront :

- implantation et organisation d'un programme de premier épisode psychotique,
- interventions de groupe (psychoéducation, psychothérapie cognitivo-comportementale et autres),
- rôle du *case manager* dans une équipe,
- double diagnostic,
- interventions familiales,
- soutien à l'emploi et aux études.

La première journée, la formation se fera sous forme de cours magistraux, ce qui permettra d'inclure 50 personnes. Ce jour sera traité non seulement le modèle explicatif de la psychose émergente, la philosophie et les principes de la prise en charge proposée, mais également les modalités d'implantation et d'organisation d'un programme d'intervention précoce pour la psychose.

Le professeur Baki souligne l'importance de la présence de « gestionnaires » (cadres et médecins) le premier jour de la formation. L'idée est d'inclure surtout des personnes ayant besoin de comprendre l'intérêt et pouvant participer au développement de la filière. Il est recommandé d'inclure également des personnes clés de « l'amont » et « l'aval ». (SAU, pédopsychiatrie, Maison des adolescents, médecins généralistes, services de soins pour personnes plus installées dans la maladie...).

Les trois jours suivants, un nombre plus réduit, pluriprofessionnel, poursuivra la formation : infirmier(e)s, assistantes sociales, éducateurs, (neuro)psychologues, médecins... La théorie sera rappelée, l'approche sera plus pratique et interactive.

Afin d'évaluer le projet, des indicateurs de suivi sont à instaurer tel que l'évolution de la durée de psychose non-traitée des personnes adressées à la filière. Une équipe mobile intersectorielle spécialisée dans cette problématique, au service de et collaborant avec différents partenaires, pourrait enrichir le dispositif.

Pour cette problématique, une articulation de qualité avec la pédopsychiatrie est essentielle, non seulement lors de formations communes, mais également dans les groupes de travail préparant l'approche intersectorielle.

Compléter la filière avec une unité de lits dédiés est une option qui a comme intérêt potentiel de limiter l'impact traumatique d'une première hospitalisation psychiatrique. Néanmoins, les activités de prévention et de détection précoce seront une priorité et les prises en charge en ambulatoire seront favorisées, intensives au besoin. Une amélioration du pronostic, une baisse du délai de psychose non-traitée, une baisse de la fréquence et de la durée des hospitalisations à temps plein est clairement visée.

## Conclusion

Les usagers confrontés à une psychose émergente et leurs proches pourront bénéficier d'une amélioration de la qualité et de l'organisation de l'offre de soins du secteur. Il existe un consensus médico-soignant et administratif au GHT Psy Sud Paris à ce sujet, permettant de nouvelles collaborations en vue d'une offre de soins intersectorielle, sous forme de filière spécialisée graduée et intégrée, répondant aux besoins en fonction de la place du patient dans son parcours de vie et de soins. Cela pose la question de l'organisation, du partage des connaissances, voir des moyens, entre secteurs. Chaque secteur du territoire ainsi élargi pourra développer une filière spécialisée intersectorielle correspondant à ses compétences et pouvant compléter l'offre de soins. Souplesse et adaptation seront nécessaires, ainsi que prudence pour ne pas pousser à l'excès la spécialisation [8]. La mention « Initiative en cours de création » sur la cartographie nationale présentée lors de la journée « Intervention précoce en France : journée d'échanges et de partage » [9] est une reconnaissance des efforts considérables des équipes du pôle 92G09 impliquées, à moyens constants pour l'instant.

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

## Références

1. Ministère de la Santé et des Services sociaux au Québec, Canada. *Programmes d'interventions pour premiers épisodes psychotiques (Pipep)*, 2017. Disponible sur <http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-001978/> (consulté le 18-12-2018).
2. Szöke A, Charpeaud T, Galliot AM, et al. Rural-urban variation in incidence of psychosis in France : a prospective epidemiologic study in two contrasted catchment areas. *BMC Psychiatry* 2014 ; 17 : 14-78.
3. Berlotte J, MCGorry P. Early intervention and recovery for young people with early psychosis: consensus. *British Journal of Psychiatry* 2005 ; 187 : s116-9.

4. Lecardeur L, Meunier-Cussac S. Intervention dans les phases précoces de la psychose au centre hospitalier universitaire de Caen. *L'Information Psychiatrique* 2018 ; 94 : 217-21.
5. Totura C, Fields SA, Karver MS. The Role of the Therapeutic Relationship in Psychopharmacological Treatment Outcomes: A Meta-analytic Review. *Psychiatric Services* 2018 ; 69 : 41-7.
6. Martin J. Mise en place d'un centre d'intervention précoce dédié à la prise en soins des troubles psychotiques débutants. *L'information psychiatrique* 2017 ; 93 : 865-70.
7. Arrêté du 14 mars 1986 relatif aux équipements et services de lutte contre les maladies mentales, comportant ou non des possibilités d'hébergement. <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=LEGITEXT000006072756> (consulté le 20 janvier 2019).
8. Caubel J. Le fil rouge. *L'Information Psychiatrique* 2018 ; 94 : 551-3.
9. Gozlan G, Meunier Cussac S, Lecardeur L. *Intervention précoce en France : Une dynamique en marche*. Journée d'échanges et de partage, Hôtel Mariott Opéra, Paris, jeudi 6 décembre 2018.



## La clinique fondée sur les valeurs

### De la science aux personnes

**La médecine fondée sur les valeurs** s'inscrit parmi les mouvements contemporains de personnalisation des soins et intéresse toutes les disciplines médicales.

Complémentaire à la médecine fondée sur les preuves (Evidence Based Medicine), elle s'appuie sur une prise en compte des valeurs des acteurs du soin, de la personne soignée et de son entourage. Cette approche implique une prise de décision partagée rendant la pratique médicale plus éthique et plus efficace, et contribuant ainsi à « l'alliance thérapeutique ».

**Depuis plus de trente ans, Bill Fulford défend ce concept dans lequel il révèle une pratique possible des soins au plus près de la singularité des patients. Arnaud Plagnol et Bernard Pachoud en livrent ici une parfaite traduction.**

Préfacé par **Bernard Granger**, Professeur de psychiatrie, Université Paris-Descartes, groupe hospitalier Cochin

Traduit sous la direction de :

- **Arnaud Plagnol**  
Psychiatre, Professeur de psychologie clinique à l'Université Paris 8 (Vincennes - Saint-Denis)
- **Bernard Pachoud**  
Psychiatre, Professeur de psychopathologie, Directeur de recherches à l'Université Paris 7 (Paris-Diderot)

Frédéric Advenier, Marie Darrason, Rémi Tevissen, Jean-Baptiste Trabut

Collection  
**La Personne en Médecine**  
• Décembre 2017  
• 17 x 24 cm, 320 pages  
• ISBN : 978-2-7040-1479-8  
• 38 €

**doin** | **John Libbey EUROTEXT**

En savoir + sur [www.jle.com](http://www.jle.com)



Également disponible en Ebook