

organisation :

Quatorze Bis - Annie Bloch  
25, Avenue Mozart - 75016 Paris

Tél : 01 45 43 00 95  
e-mail : [contact@quatorzebis.fr](mailto:contact@quatorzebis.fr)



jipe  
jaad

mardi 26 mars 2019

GHU Paris Sainte-Anne  
1, rue Cabanis, Paris 14  
Grand amphithéâtre

12<sup>ème</sup> Journée Internationale  
des Pathologies Émergentes  
du Jeune Adulte et de l'Adolescent

**Intervention précoce**  
**Mode d'emploi**



à l'initiative de :



# Case management dans l'intervention précoce : quels objectifs, quel ratio ?

*Philippe Conus*

*Département de psychiatrie CHUV*

*Service de psychiatrie générale*

*Lausanne, Suisse*

# CONTEXTE

- La case-management s'est imposé comme un élément essentiel des dispositifs d'intervention précoce
- Les éléments principaux justifiant la création de cette fonction clinique sont:
  - *La nécessité de garantir la continuité des soins*
  - *La nécessité d'une mobilité des professionnels*
  - *L'importance d'une spécialisation de certains professionnels dans l'intervention précoce*
- L'implantation de ce rôle professionnel implique un changement d'approche, l'abandon d'un concept de soins médico-centré et une nouvelle définition des rôles
- Ce changement est rendu nécessaire par certaines caractéristiques des patients qui sont pris en charge dans le contexte des programmes d'intervention dans la phase précoce des troubles psychotiques

[www.santementale.fr](http://www.santementale.fr)  
**santé mentale**

Le mensuel des équipes soignantes en psychiatrie

N° 216 | MARS 2017



Dossier

**Case management  
en santé mentale**

Dans des systèmes de soins de plus en plus diversifiés et complexes, et parfois difficiles d'accès pour les patients, le case management s'impose comme un élément indispensable d'une psychiatrie contemporaine axée sur le rétablissement et les choix du patient.

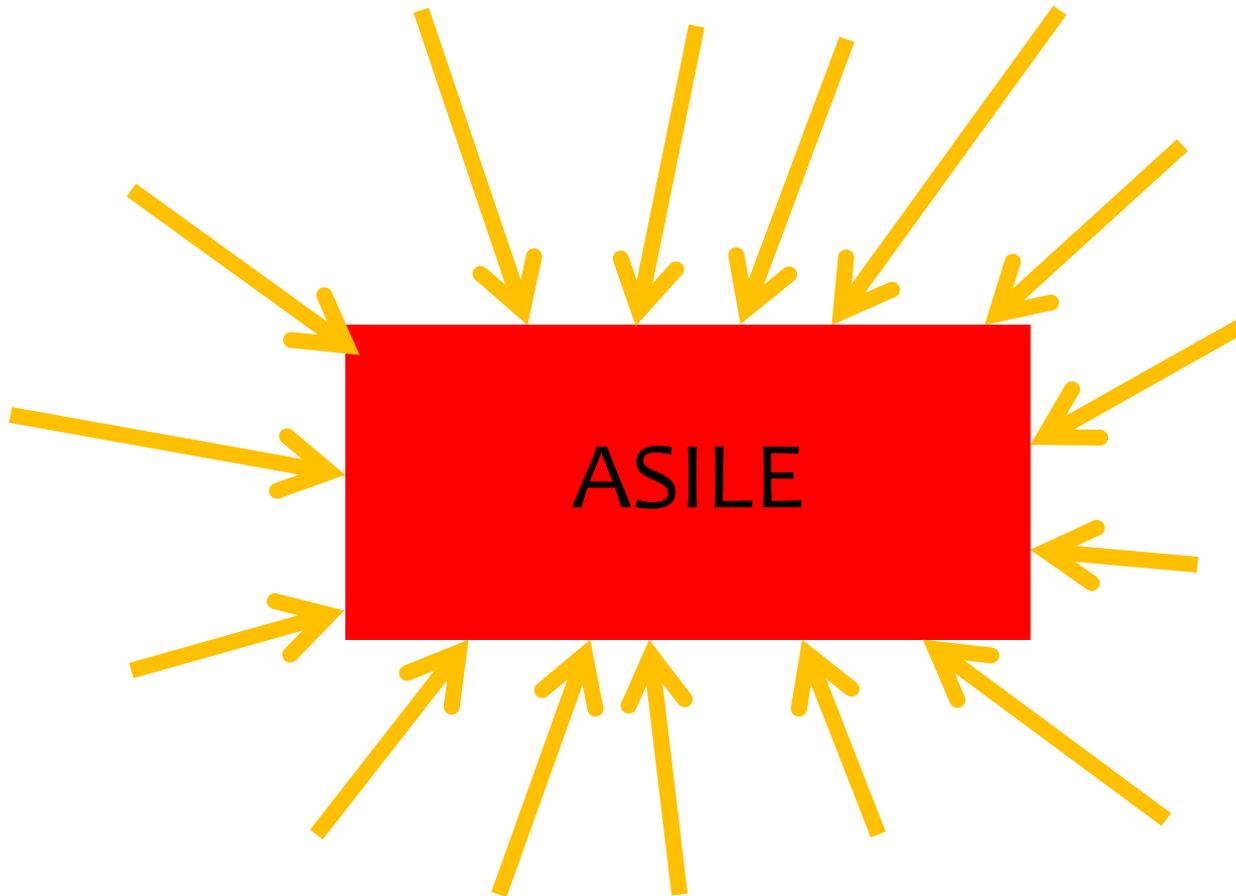
---

**Charles BONSACK, Philippe CONUS**

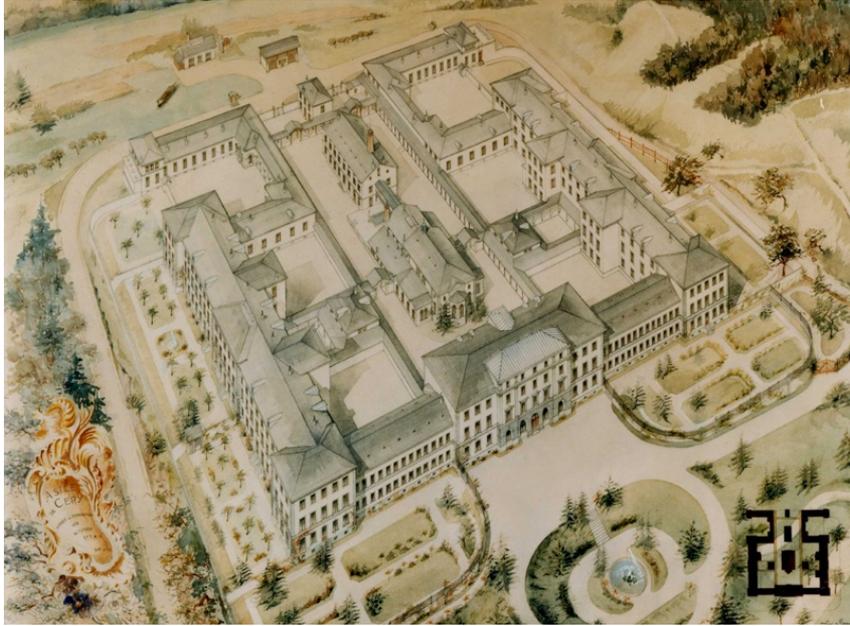
---

Psychiatres, Département de psychiatrie  
du Centre hospitalier universitaire vaudois (CHUV),  
Université de Lausanne, Suisse.

# La psychiatrie à l'ancienne : le « modèle asilaire »



- Cohérence
- Mise à l'abri

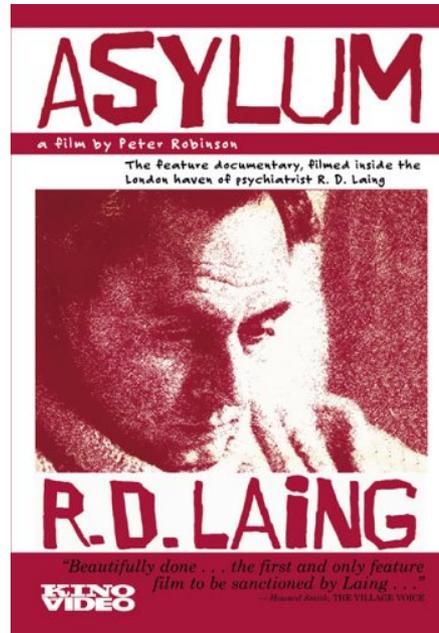
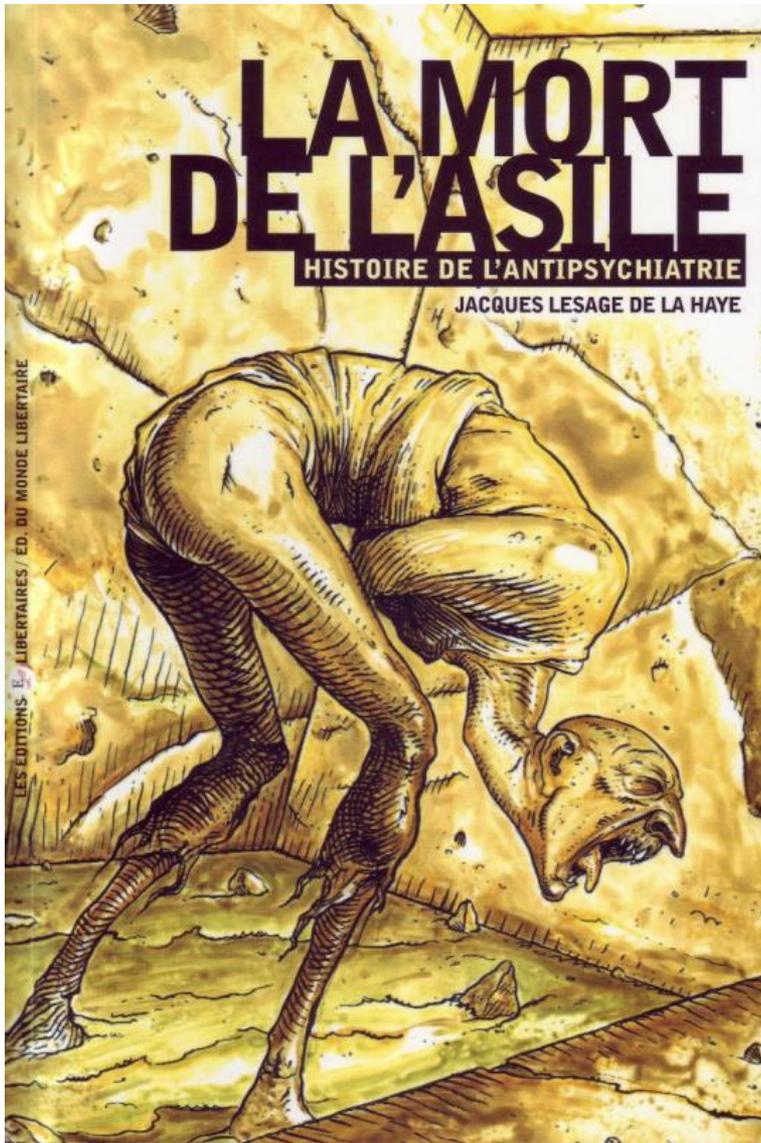


# Fin des années 60

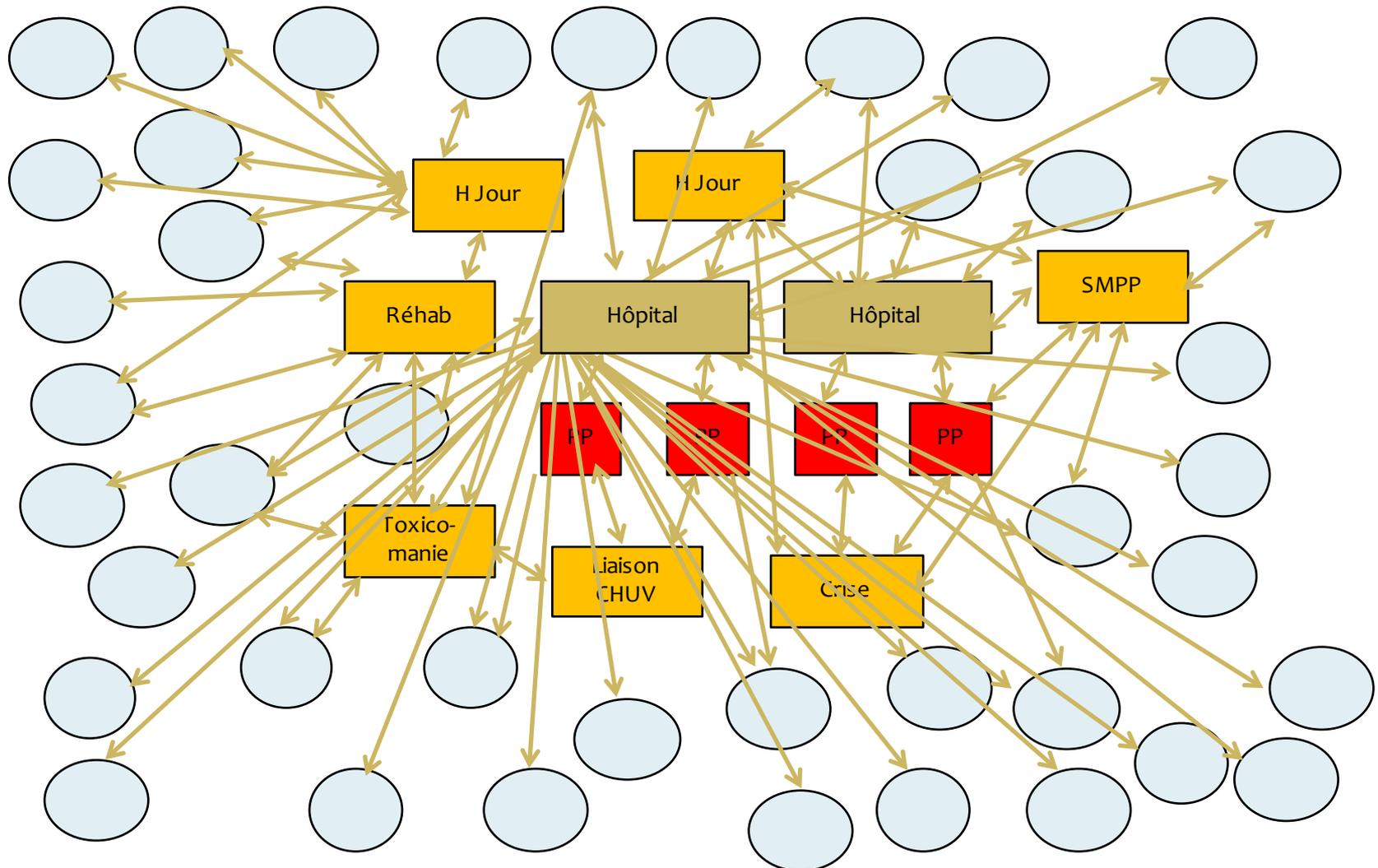
## Mise en évidence des aspects néfastes du traitement institutionnel

- Stigmatisation, exclusion sociale, induction de la chronicité, parfois même mauvais traitements





# L'asile remplacé par un vaste réseau de structures de soins dans la communauté



## UN FIL ROUGE DE L'INTERVENTION

Le *case management* en santé mentale est donc un modèle d'intervention basé dans la communauté qui vise à offrir des soins accessibles, coordonnés et efficaces à des personnes souffrant de troubles mentaux sévères et qui sont difficiles à engager dans les structures de soins habituelles.

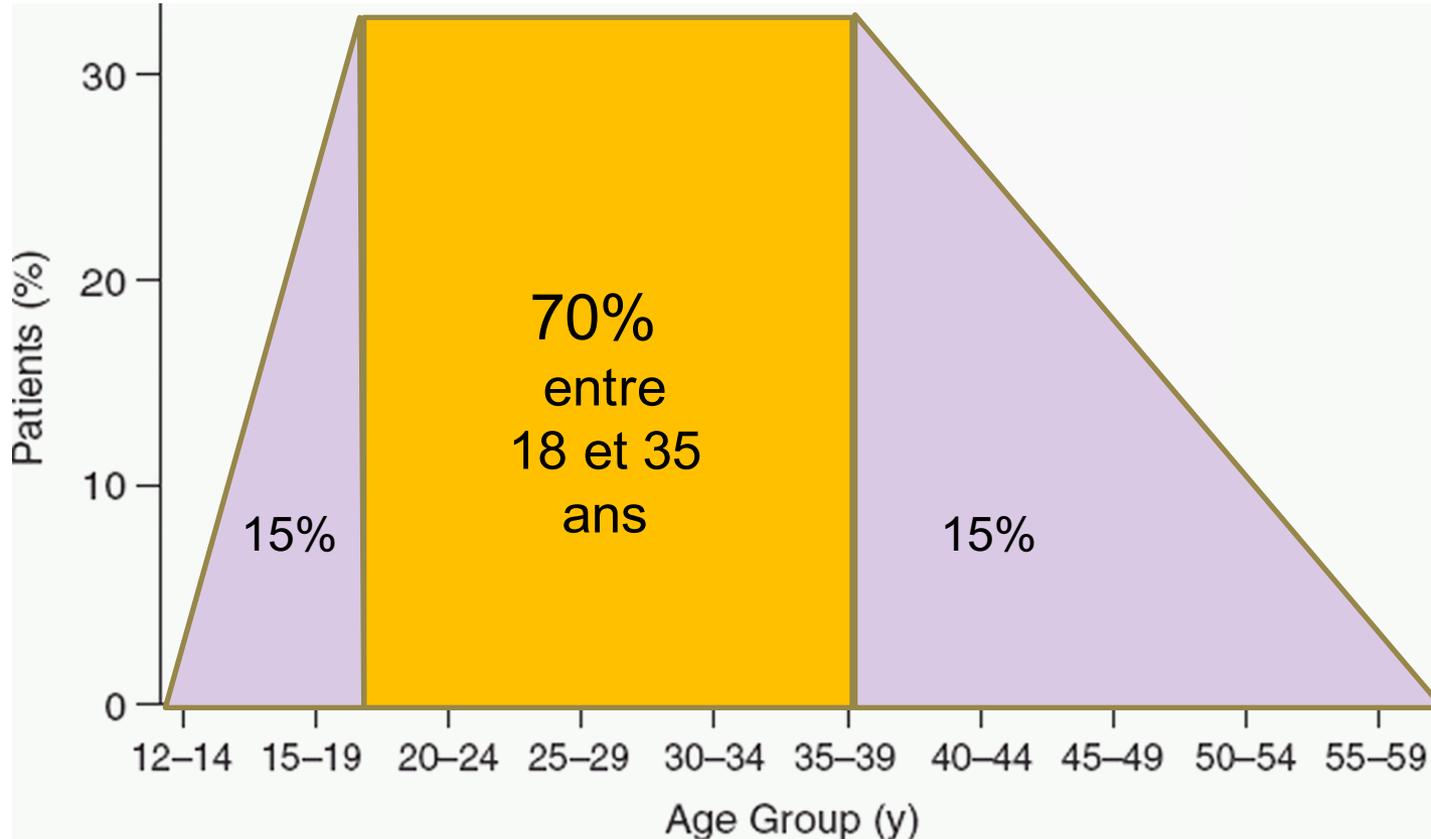
**Tableau 2 : Domaines cibles d'interventions du case management**

Domaines	Descriptions et buts	Exemple d'activité
<b>Coordination du système de soins</b>	Assurer la coordination des services de santé et leur utilisation à bon escient (bon endroit au bon moment) ainsi qu'en faciliter l'accès.	Informar sur les cibles, les limites et responsabilités d'intervention de chaque offre de prestations; déterminer un pilote de réseau; élaborer une liste des personnes significatives du réseau et la transmettre.
<b>Engagement dans les soins</b>	Adhérer à des soins et réduire la durée du processus de rétablissement.	Travailler sur les représentations négatives de la psychiatrie; accompagner lors du premier contact; amener le patient à faire un lien entre ses limitations fonctionnelles et un trouble psychiatrique; psychoéducation; normalisation des symptômes; déstigmatisation.
<b>Observance médicamenteuse</b>	Améliorer l'observance au traitement dans la durée.	Éducation et gestion du traitement (information, semainier); régler les problèmes financiers (tiers garant); suivi du traitement à l'aide d'un tiers (proche, famille, pharmacie, infirmière à domicile...); observation des effets secondaires et adaptation des dosages.
<b>Soutien et implication de l'entourage</b>	Soutenir et renforcer les compétences des proches. Prévenir l'épuisement et la violence domestique.	Donner des informations et astuces concrètes dans la gestion des troubles au quotidien. Valoriser les compétences et évaluer le besoin de soutien/suppléance en cas d'épuisement.
<b>Soutien à l'emploi</b>	Faciliter la reprise professionnelle. Maintenir un emploi. Favoriser la réinsertion au travail.	Travail avec l'employeur et l'employé sur une activité professionnelle respectant le rythme du rétablissement. Prévention de l'échec à court, moyen et long terme. Défense des droits.
<b>Habilités dans la vie quotidienne</b>	Soutenir, renforcer, développer les habilités dans la vie quotidienne.	Élaborer des objectifs et un programme quotidien selon les limitations et les ressources. Transposer les compétences dans le milieu de vie. Rechercher des méthodes compensatoires (proches, ergonomie...).
<b>Liens dans la communauté</b>	Renforcer les liens existants, nouveaux, et anciens pour favoriser l'intégration dans la communauté.	Accompagner dans la reprise de contact, psychoéducation; visites de structures hors psychiatrie dans la communauté; réseau d'échange de savoirs; exercer les habilités relationnelles sous forme de jeux de rôle.
<b>Soutien et assistance au quotidien</b>	S'assurer que le patient reçoit toute l'aide dont il a besoin. Trouver des moyens auxiliaires.	Évaluation quotidienne à domicile; introduction d'infirmières à domicile; bénévoles; défense des droits; recours à la protection juridique; aide sociale; assurance-maladie...
<b>Prévention de rechute</b>	Assurer la continuité du processus de rétablissement. Prévenir le risque suicidaire et la rechute dans les dépendances.	Plan de crise conjoint évaluation du potentiel suicidaire; limitation de l'accès aux moyens; développer des stratégies d'adaptation et de gestion du stress (relaxation, visualisation, sport...); psychoéducation; entretiens motivationnels
<b>Transmissions d'information</b>	Assurer une continuité, fluidité de la qualité d'information. Favoriser l'intégration et la compréhension des transmissions.	Plan de crise conjoint; discuter de la circulation de l'information avec le patient; organisation de réseau et bilan; documents de transmission; échanger sur les différentes manières d'appréhender une situation et opter pour une position de complémentarité.

# QUELLE FONCTION SPECIFIQUE POUR LE CASE MANAGER DANS LA PHASE PRECOCE DES TROUBLES PSYCHOTIQUES?

# PREMIER EPISODE DE PSYCHOSE: QUEL IMPACT ?

# A QUEL AGE EMERGE LA PSYCHOSE?



# A QUEL AGE EMERGE LA PSYCHOSE?



# ADOLESCENCE: PLUSIEURS DEFIS A RELEVER...

- Définir son identité, son individualité
- S'émanciper en préservant les liens familiaux
- Etablir un réseau social
- Faire ses premières expériences de relation intime
- Compléter son éducation
- Faire des choix de trajectoire professionnelle
- Enfin se mettre à réaliser ses rêves d'enfant...



# A QUEL AGE EMERGE LA PSYCHOSE?



Impact potentiellement majeur et durable sur

- la trajectoire de vie
- L'estime de soi
- L'intégration sociale

# Facteurs de complication pour les soins

- Prévalence élevée d'abus de substance
- Stéréotypes négatifs dans la société à l'égard de la maladie mentale
- Crainte de l'hospitalisation
- Foi en leur propre invulnérabilité
- Volonté d'indépendance et d'émancipation qui entre en conflit avec le fait que des soignants se mêlent de leur vie
- Utilisation du déni comme stratégie pour faire face

# Deux réactions normales et fréquentes après un premier épisode psychotique



# Un grand classique....



Le refus des soins

**Un défi central pour le case  
manager:  
engager le patient dans les soins**

# Situation à Lausanne en 2000

MÉMOIRE ORIGINAL

## Insertion dans les soins après une première hospitalisation dans un secteur pour psychose

C. BONSACK <sup>(1)</sup>, T. PFISTER, P. CONUS

L'Encéphale, 2006 ; 32 : 679-85

### Linkage to care after first hospitalisation for psychosis

**Summary. Background.** First hospitalisation for a psychotic episode causes intense distress to patients and families, but offers an opportunity to make a diagnosis and start treatment. However, linkage to outpatient psychiatric care remains a notoriously difficult step for young psychotic patients, who frequently interrupt treatment after hospitalisation. Persistence of symptoms, and untreated psychosis may therefore remain a problem despite hospitalisation and proper diagnosis. With persisting psychotic symptoms, numerous complications may arise : breakdown in relationships, loss of family and social support, loss of employment or study interruption, denial of disease, depression, suicide, substance abuse and violence. Understanding mechanisms that might promote linkage to outpatient psychiatric care is therefore a critical issue, especially in early intervention in psychotic disorders. **Objective.** To study which factors hinder or promote linkage of young psychotic patients to outpatient psychiatric care after a first hospitalisation, in the absence of a vertically integrated program for early psychosis. **Method.** File audit study of all patients aged 18 to 30 who were admitted for the first time to the psychiatric University Hospital of Lausanne in the year 2000. For statistical analysis,  $\chi^2$  tests were used for categorical variables and t-test for dimensional variables ;  $p < 0.05$  was considered as statistically significant. **Results.** 230 patients aged 18 to 30 were admitted to the Lausanne University psychiatric hospital for the first time during the year 2000, 52 of them with a diagnosis of psychosis (23 %). Patients with psychosis were mostly male (83 %) when compared with non-psychosis patients (49 %). Furthermore, they had (1) 10 days longer mean duration of stay (24 vs 14 days), (2) a higher rate of compulsory admissions (53 % vs 22 %) and (3) were more often hospitalised by a psychiatrist rather than by a general practitioner (83 % vs 53 %). Other socio-demographic and clinical features at admission were similar in the two groups. Among the 52 psychotic patients, 10 did not stay in the catchment area for subsequent treatment. Among the 42 psychotic patients who remained in the catchment area after discharge, 20 (48 %) did not attend the scheduled or rescheduled outpatient appointment. None of the socio demographic characteristics were associated with attendance to outpatient appointments. On the other hand, voluntary admission and suicidal ideation before admission were significantly related to attending the initial appointment. Moreover, some elements of treatment seemed to be associated with higher likelihood to attend outpatient treatment : (1) provision of information to the patient regarding diagnosis, (2) discussion about the treatment plan between in- and outpatient staff, (3) involvement of outpatient team during hospitalisation, and (4) elaboration of concrete strategies to face basic needs, organise daily activities or education and reach for help in case of need. **Conclusion.** As in other studies, half of the patients admitted for a first psychotic episode failed to link to outpatient psychiatric care. Our study suggests that treatment rather than patient's characteristics play a critical role in this phenomenon. Development of a partnership and involvement of patients in the decision process, provision of good information regarding the illness, clear definition of the treatment plan, development of concrete strategies to cope with the illness and its potential complications, and involvement of the outpatient treating team already during hospitalisation, all came out as critical strategies to facilitate adherence to outpatient care. While the current rate of disengagement after admission is highly concerning, our findings are encouraging since they constitute strategies that can easily be implemented. An open approach to psychosis, the development of partnership with patients and a better coordination between inpatient



# 52 premières hospitalisations pour psychose à Lausanne en 2000

- Long délai avant le premier traitement (DUP)
  - Développement de co morbidités avant traitement
    - 13% tentative de suicide effectuée
    - 50% abusent de substance
  - Impact socio-économique (44% sans emploi à l'admission)
  - Traitement initial traumatisant
  - Traumatisme de la famille
- **MAUVAISE INSERTION DANS LES SOINS APRES LA SORTIE: 50% des patients ne se rendent même pas au premier rendez-vous ambulatoire qui leur est fixé**
- **Sans organisation spécialisée, l'engagement dans les soins est mauvais**
  - **Il en découle des rechutes, un retard de traitement et une chronification**

# Comment favoriser l'engagement des patients?

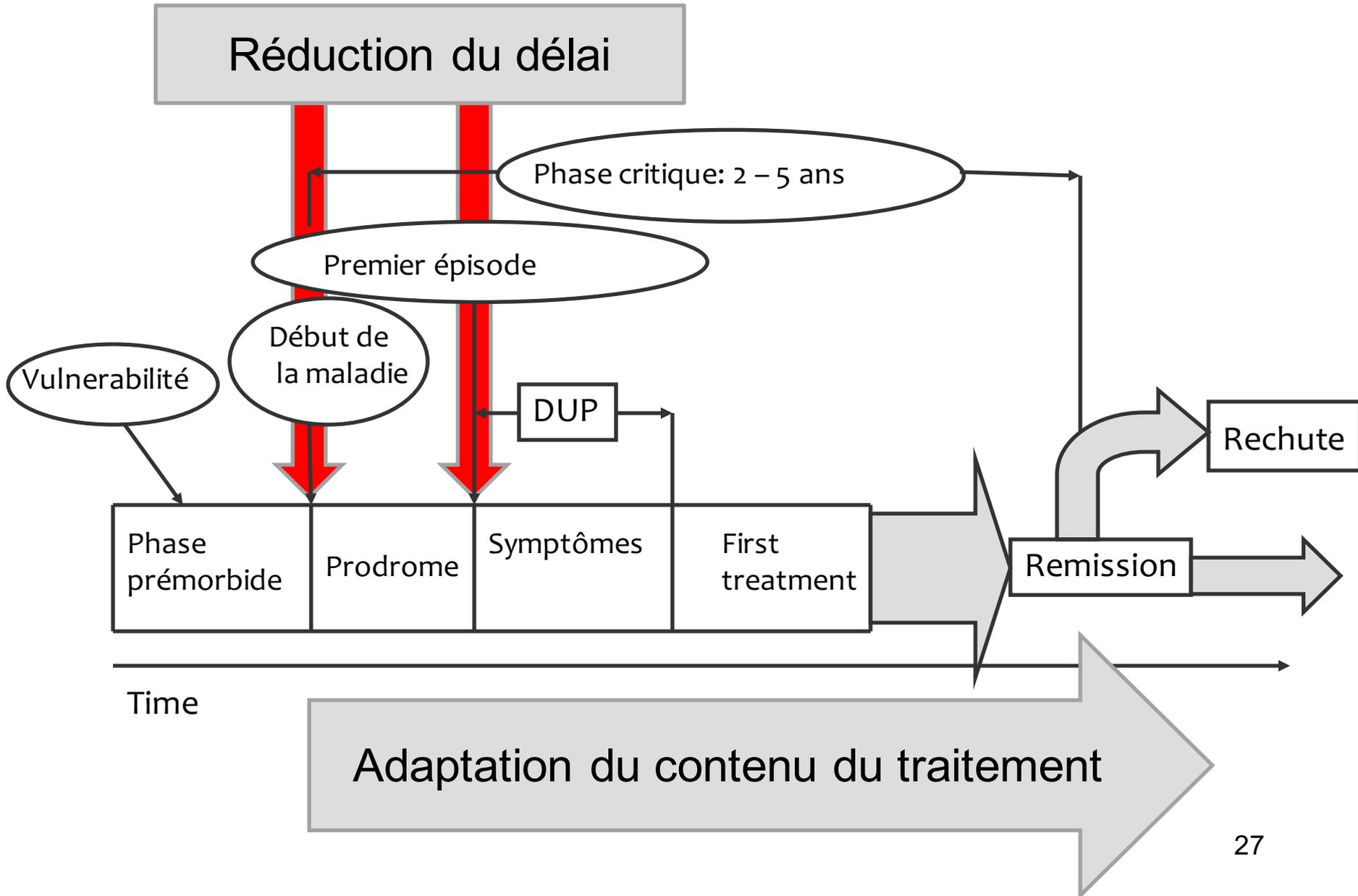
1. **Organiser les soins:** programmes spécialisés
2. **Adopter** une attitude thérapeutique adaptée afin de favoriser l'engagement des patients
3. **Prévenir le désengagement** en identifiant les patients à risque de désengagement et en proposant des stratégies adaptées

# 1. UNE QUESTION D'ORGANISATION

## *Programme TIPP - Lausanne*

*Traitement et Intervention dans la phase Précoce des troubles Psychotiques*

# Cibles de l'intervention précoce

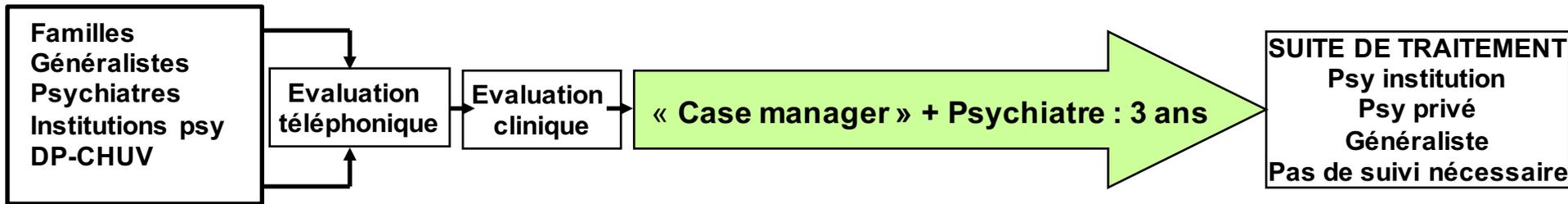


# 1. UNE QUESTION D'ORGANISATION

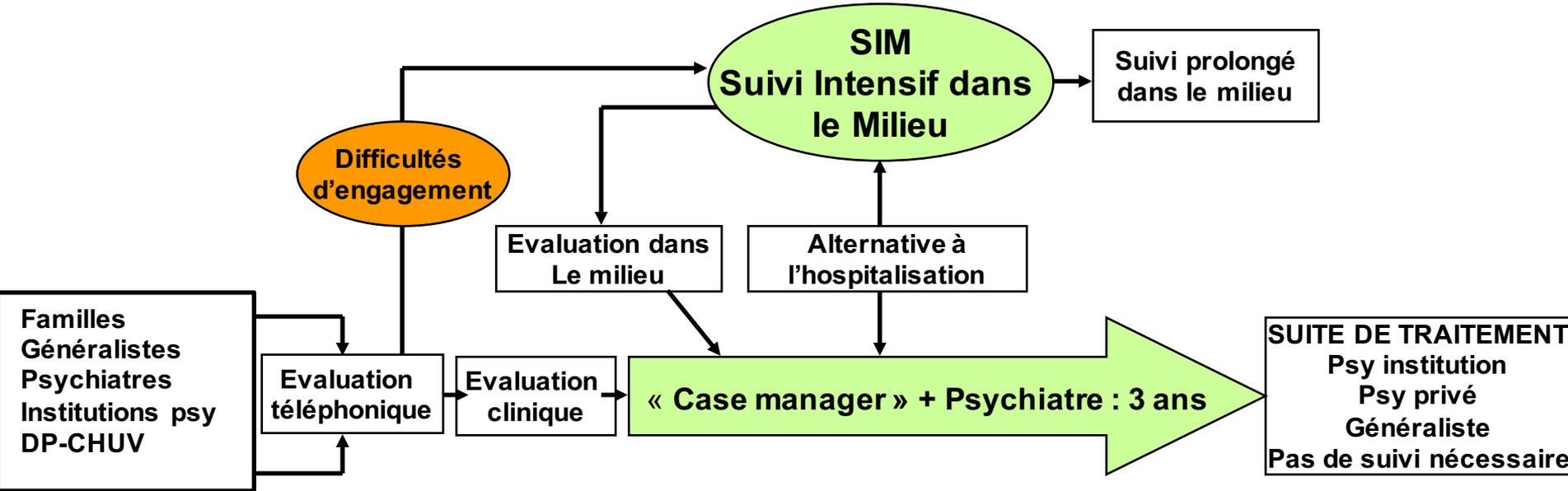
## *Population cible*

- Critères d'inclusion
  - *18 – 35 ans*
  - *Trouble psychotique*
  - *Moins de 6 mois de traitement pour le trouble psychotique*
  - *Domicile secteur centre (300'000 habitants)*
- 50 nouveaux patients par an

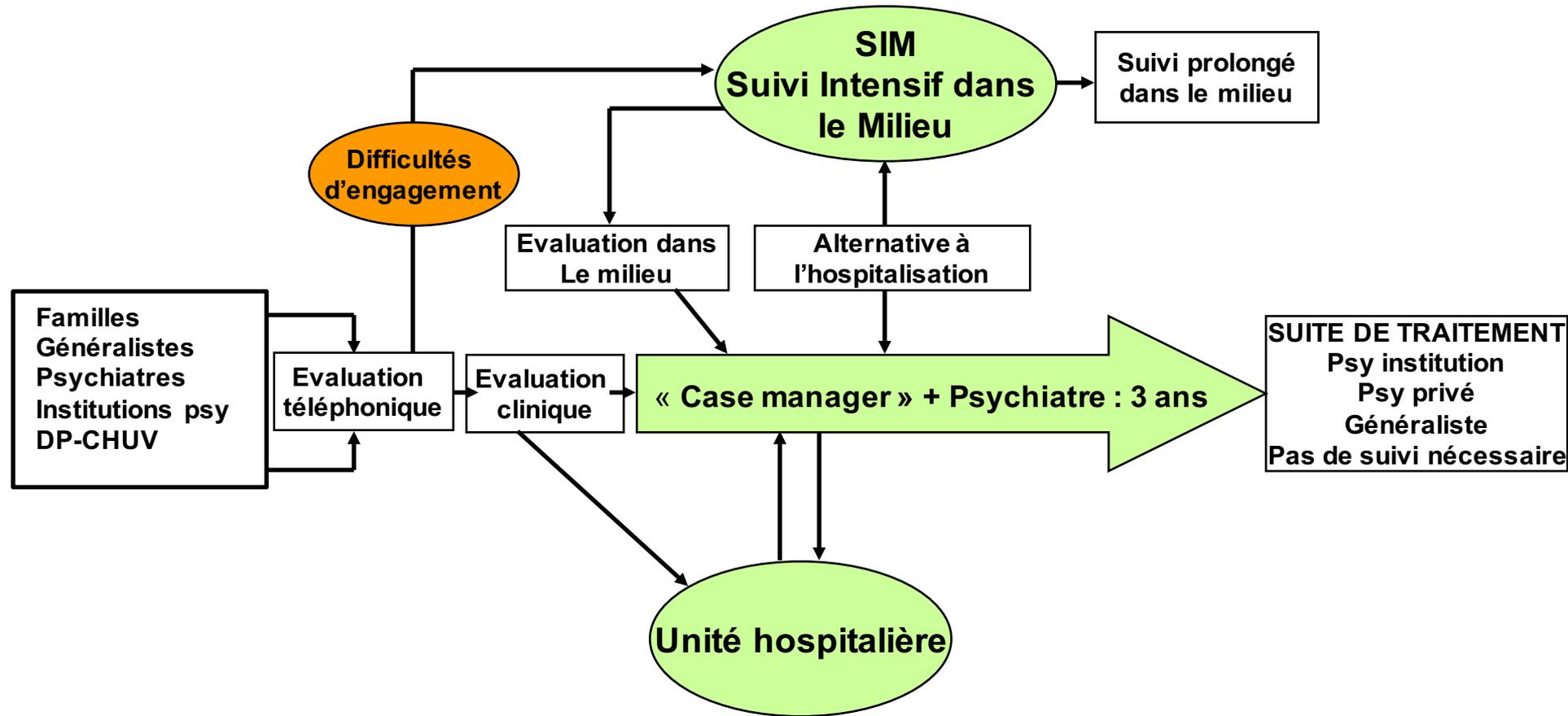
# 1. UNE QUESTION D'ORGANISATION



# 1. UNE QUESTION D'ORGANISATION



# 1. UNE QUESTION D'ORGANISATION



# 1. UNE QUESTION D'ORGANISATION

**Désengagement: 5%**

SIM

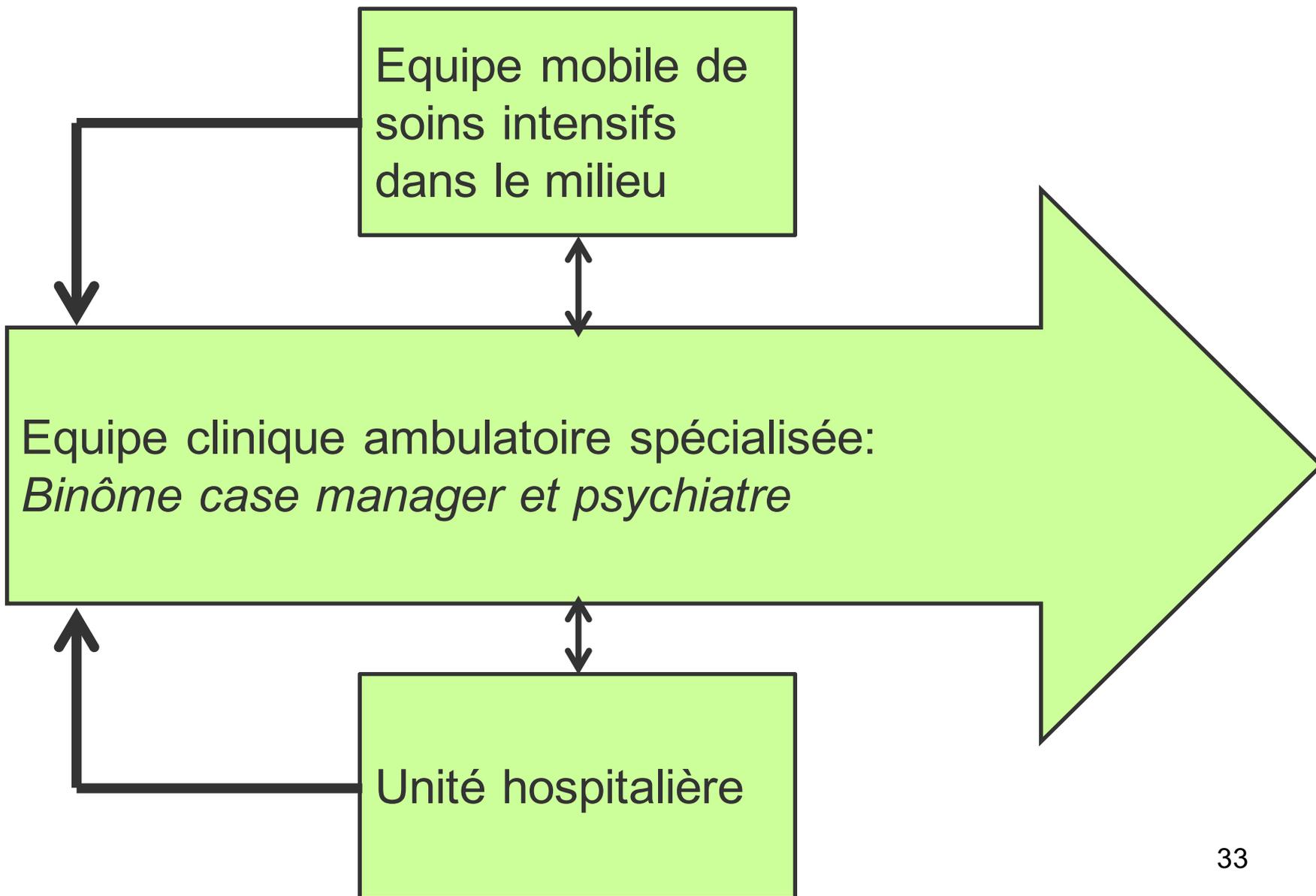
Familles  
Général  
Psychia  
Instituti  
DP-CHU

TRAITEMENT  
Institution  
privé  
liste  
nécessaire

Unité hospitalière

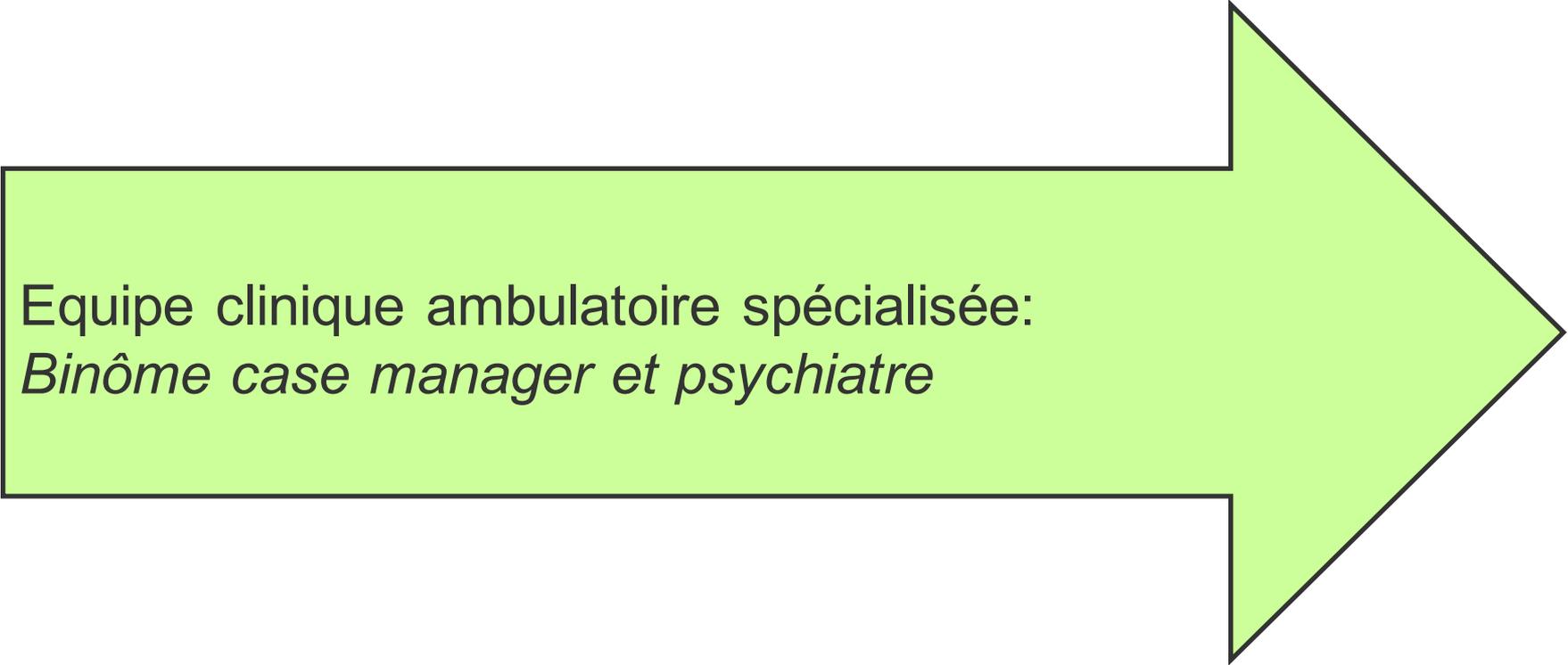
## 3 éléments essentiels

---



## *3 éléments essentiels: Equipe clinique ambulatoire*

---



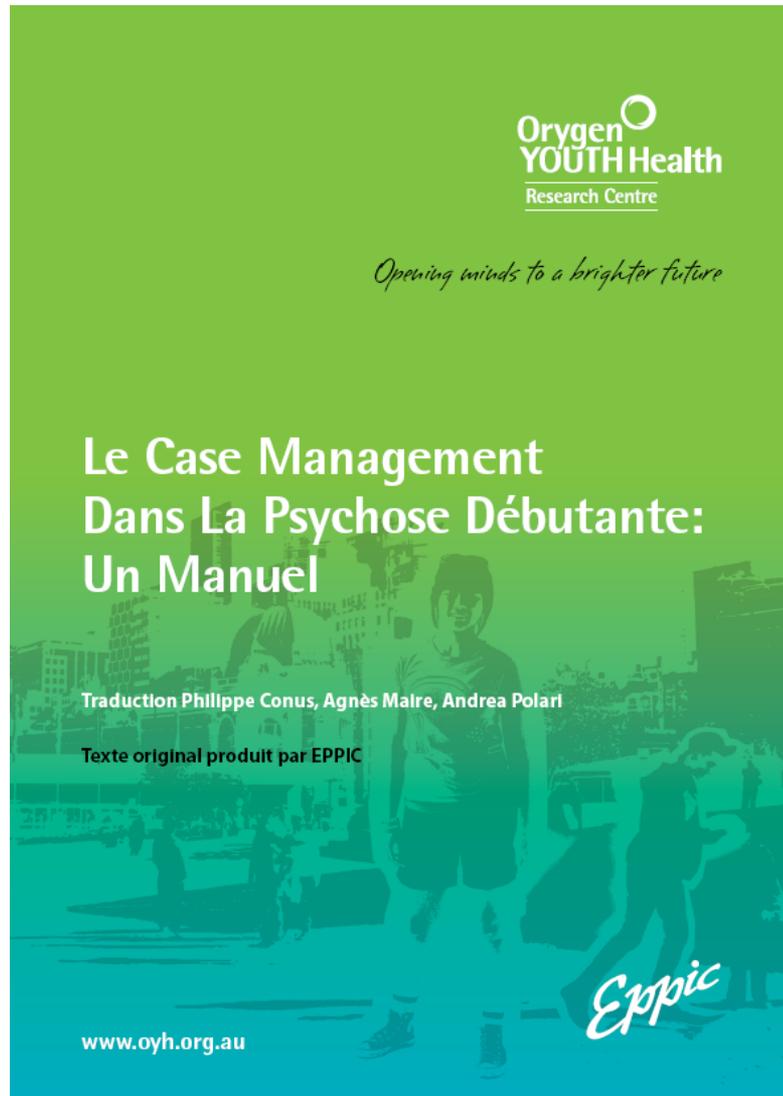
Equipe clinique ambulatoire spécialisée:  
*Binôme case manager et psychiatre*

## Pôle ambulatoire: « Case manager clinique »

---

- *Infirmier, assistant social, psychologue*
- *Fil rouge de la prise en charge pendant 3 ans*
- *Prise de contact très précoce (en cours d'hospitalisation, à domicile, chez le médecin installé)*
- *Nombre limité de patients (~30)*
- *Peut se déplacer à domicile ou dans le milieu (2x/sem)*
- *Fait équipe avec le médecin psychiatre (interne ou chef de clinique)*
- *Rôle*
  - *Engagement des patients / partenariat*
  - *Continuité des soins*
  - *Information des patients et de leurs proches*
  - *Rôle psychothérapeutique*

# Formation pour les cliniciens et les case managers

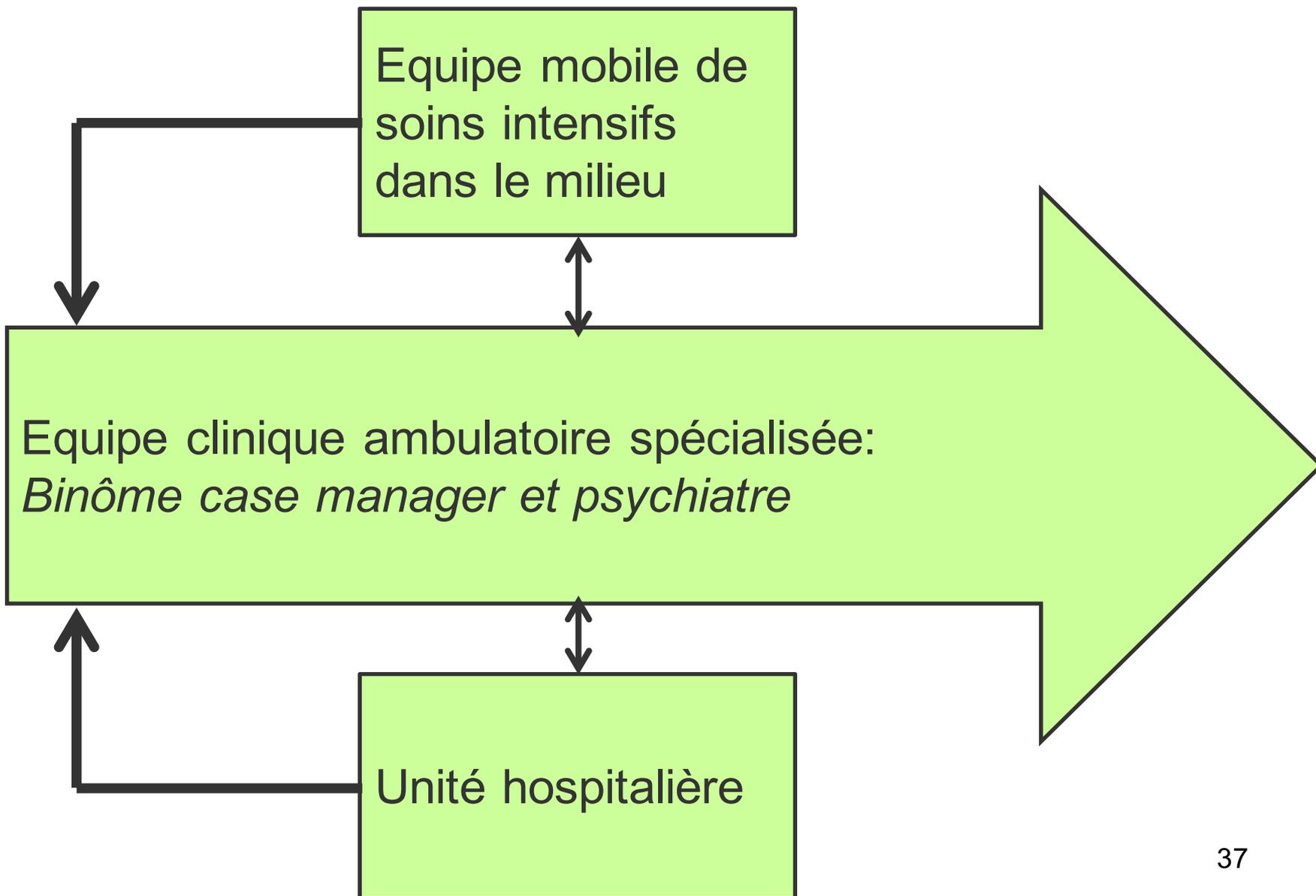


## BUTS

- Développer des compétences spécifiques
- Identité de case manager
- Renforcer une attitude thérapeutique adaptée:
  - *Visant le rétablissement*
  - *Attitude proactive*
  - *Promouvant empowerment*
  - *Favorisant l'engagement*
  - *Soutenant le développement de l'insight de manière collaborative*
- *Supervision 1x/sem*

## 3 éléments essentiels

---



## *3 éléments essentiels*

---

Equipe mobile de  
soins intensifs  
dans le milieu

# Equipe mobile de Soins Intensifs dans le Milieu (SIM)

---

## – Contexte:

- Années '80 et '90: diminution des visites à domicile
- Concept: la motivation au traitement est un pré-requis pour le succès du traitement
- Conséquences:
  - Exclusion des patients souffrant de troubles complexes avec manque d'insight
  - Phénomène de porte tournante

## – Buts du SIM

- Faciliter l'engagement par le biais de visites à domicile
- Proposition d'une alternative à l'hospitalisation
- Maintien du contact après la sortie de l'hôpital
- Soutien aux proches
- Prévention de la rechute

# CONCEPTS DE BASE

---

## Patients cible

- Patients difficiles à engager (refus, marginalisation)
- Hauts utilisateurs (>40j d'hospitalisation/an)
- Patients inscrits dans le programme TIPP

## Case load limité

- 1 : 10-20

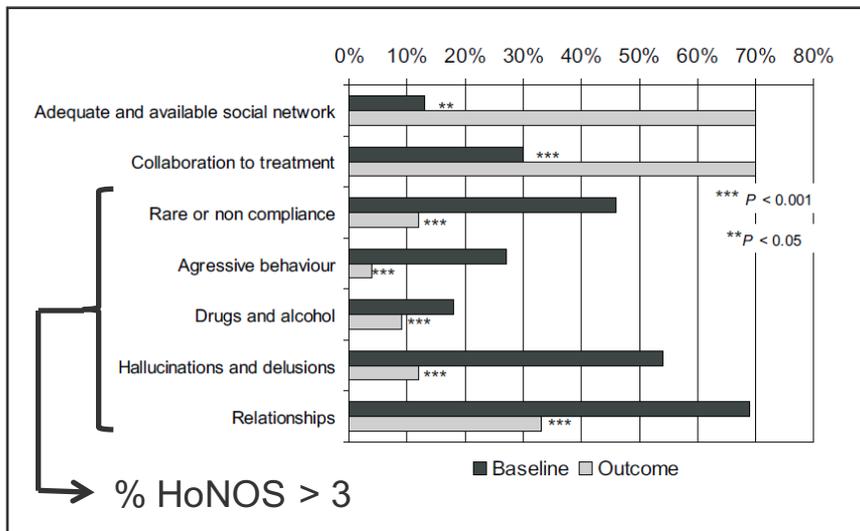
## Philosophie et orientation

- Traitement assertif dans la communauté
  - *Equipes pluri-disciplinaires*
  - *Focalisation sur l'aide concrète*
  - *Attitude pro-active*
  - *Adaptation du traitement aux capacités du patient à s'engager dans les soins*

## Difficult-to-Engage Patients: A Specific Target for Time-Limited Assertive Outreach in a Swiss Setting

Charles Bonsack, MD<sup>1</sup>, Laurence Adam, MD<sup>2</sup>, Thomas Haefliger, MD<sup>3</sup>, Jacques Besson, MD<sup>4</sup>, Philippe Conus, MD<sup>5</sup>

Can J Psychiatry, Vol 50, No 13, November 2005



- Amélioration statistiquement significative dans toutes les dimensions du HoNOS
- Diminution du nombre d'hospitalisations par an (de 1.8 à 1.3; p<0.001)
- Diminution durée des hospitalisations chez les hauts utilisateurs, de 67 à 43 jours (p<0.05)

Qui a besoin du SIM dans le programme TIPP?



Contents lists available at ScienceDirect

## Psychiatry Research

journal homepage: [www.elsevier.com/locate/psychres](http://www.elsevier.com/locate/psychres)



### Assertive outreach for “difficult to engage” patients: A useful tool for a subgroup of patients in specialized early psychosis intervention programs



Luis Alameda<sup>a,b,\*</sup>, Philippe Golay<sup>b,c</sup>, Philipp Baumann<sup>a,b</sup>, Stéphane Morandi<sup>c</sup>,  
Carina Ferrari<sup>a,b</sup>, Philippe Conus<sup>b</sup>, Charles Bonsack<sup>c</sup>

<sup>a</sup> Unit for Research in Schizophrenia, Center for Psychiatric Neuroscience, Department of Psychiatry, Lausanne University Hospital (CHUV), Switzerland

<sup>b</sup> Service of General Psychiatry, Treatment and Early Intervention in Psychosis Program (TIPP-Lausanne), Lausanne University Hospital (CHUV), Switzerland

<sup>c</sup> Service of community Psychiatry, Department of Psychiatry, Lausanne University Hospital (CHUV), Switzerland

# Qui a besoin du SIM dans le programme TIPP ?

- Hypothèses

- Une proportion significative des psychoses débutantes nécessite une intervention de type ACT
- Leur profil clinique et socio-démographique initial est spécifique
- Le processus d'intervention et les résultats sont différents pour ces patients de ce qu'ils sont pour les autres patients

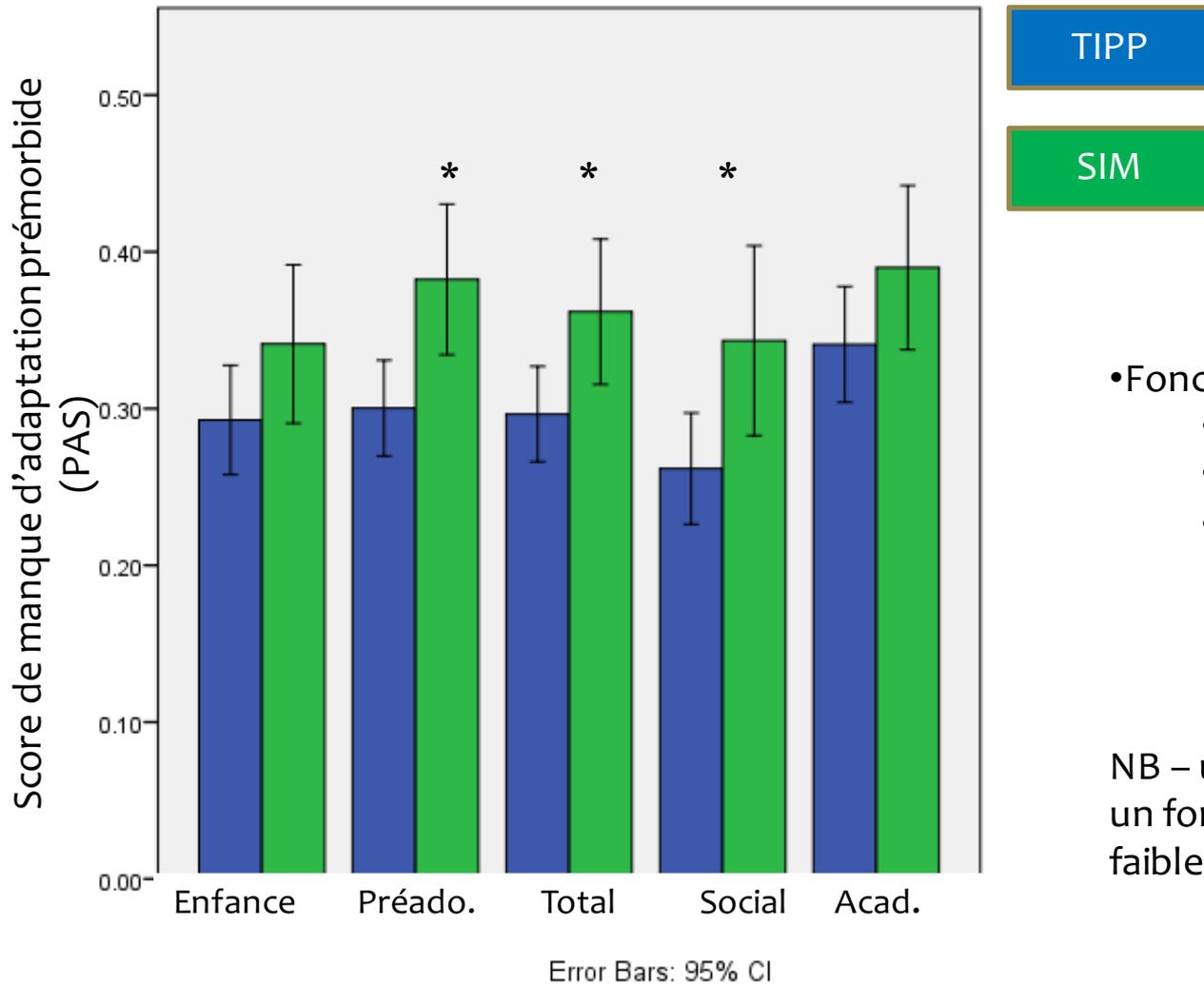
# Description échantillon total

- Basé sur 229 patients du programme TIPP
  - Ayant franchi le seuil de la psychose
  - Ayant terminé le programme TIPP
  - Extraction de données en janvier 2014

**Table 1. Caractéristiques sociodémographiques et données initiales des patients TIPP ayant ou non bénéficié de prestations SIM**

	Total N = 229 (100%)	TIPP N = 152 (66.4%)	TIPP+ACT N = 77 (33.6%)	TIPP vs TIPP+ACT	
				Statistique	P-valeur
Age (années), Moyenne (E.T)	24.10 (4.88)	24.11 (4.80)	24.06 (5.07)	t(227) = 0.06	0.946
Sexe, homme, % (N)	157 (68.6)	67.1 (102)	71.4 (55)	-	0.549
Travail/occupation à l'entrée <sup>a</sup> , % (N)	33.5 (76)	<b>42.0 (63)</b>	<b>16.9 (13)</b>	-	<b>&lt;0.001</b>
Mode de vie indépendant à l'entrée <sup>b</sup> , % (N)	66.5 (151)	70.7 (106)	58.4 (45)	-	0.075
DUP3 <sup>d</sup> en jours Moyenne (E.T)	521.05 (894.13)	511.66 (970.75)	539.60 (724.96)	t(227) = -0.223	0.824
Diagnostic, % (N)					
Schizophrénie	61.6 (141)	<b>56.6 (86)</b>	<b>71.4 (55)</b>		
Trouble schizophréniforme/ épisode psychotique bref	11.4 (26)	<b>15.1 (23)</b>	<b>3.9 (3)</b>		
Trouble Schizoaffectif	9.6 (22)	7.9 (12)	13.0 (10)	-	<b>0.021</b>
Dépression majeur avec symptômes psychotiques	3.5 (8)	3.3 (5)	3.9 (3)		
Troubles bipolaires	6.6 (15)	8.6 (13)	2.6 (2)		
Autres	7.4 (17)	8.6 (13)	5.2 (4)		

## Intensité du degré de manque d'ajustement prémorbide (PAS)

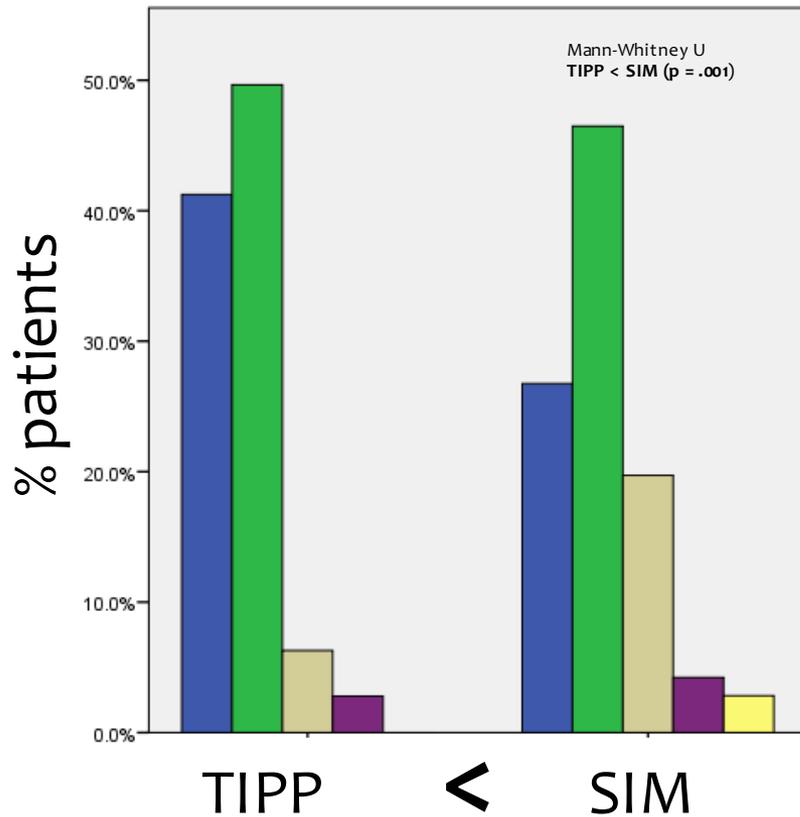


- Fonctionnement prémorbide
  - TIPP > SIM
  - Préadolescence
  - Fonctionnement social

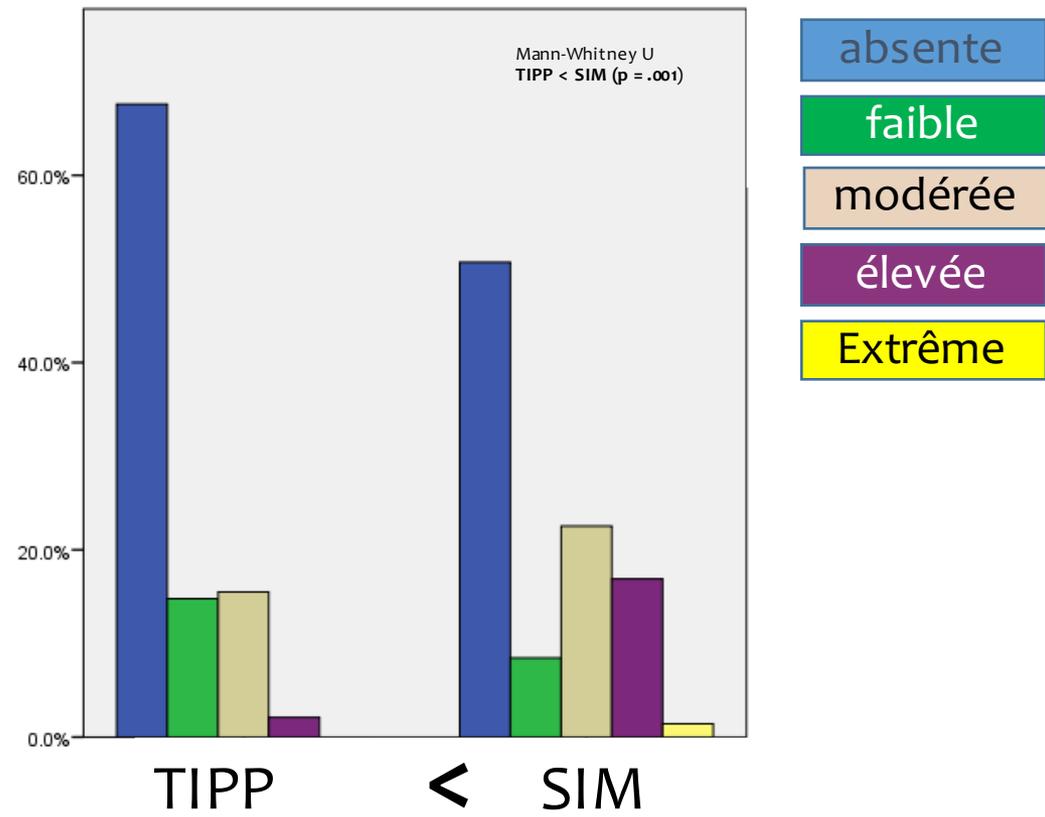
NB – un score élevé à la PAS indique un fonctionnement prémorbide faible

# Consommation de substances

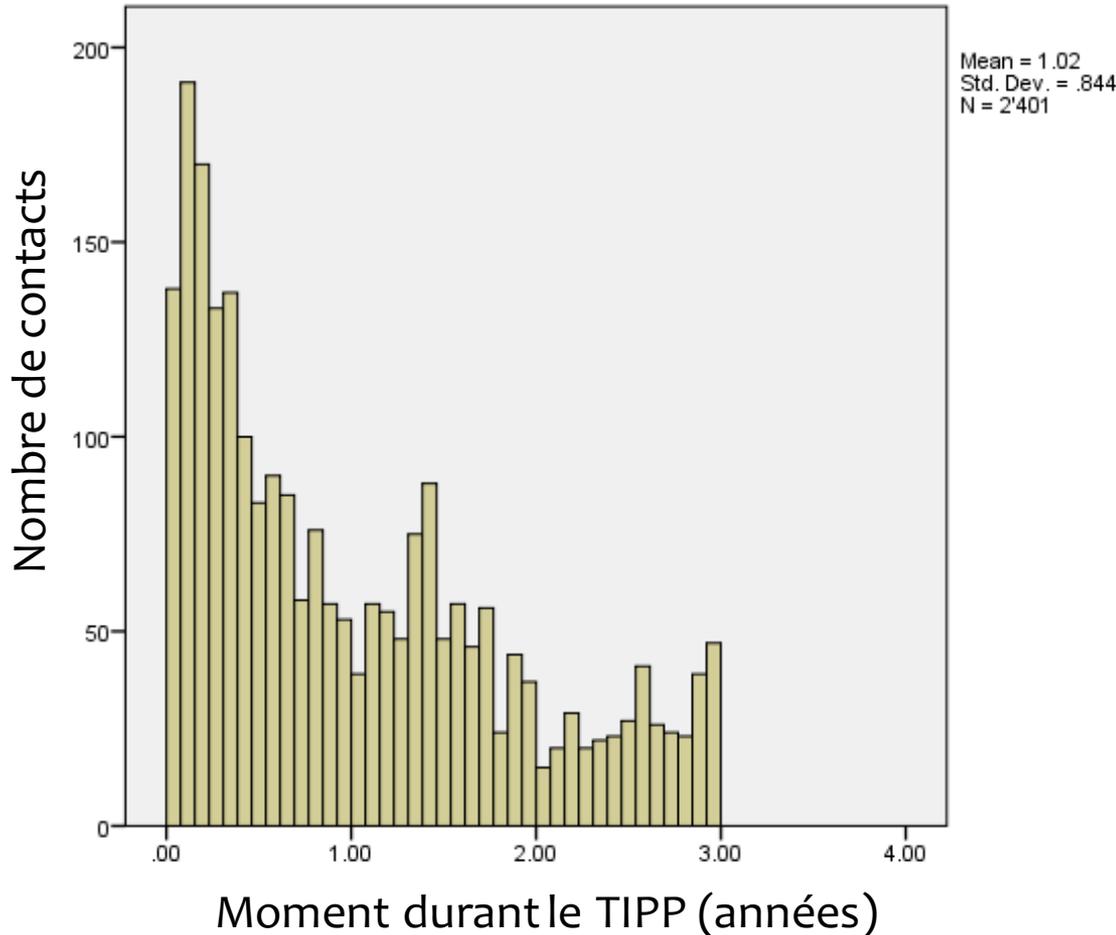
## Alcool



## Cannabis

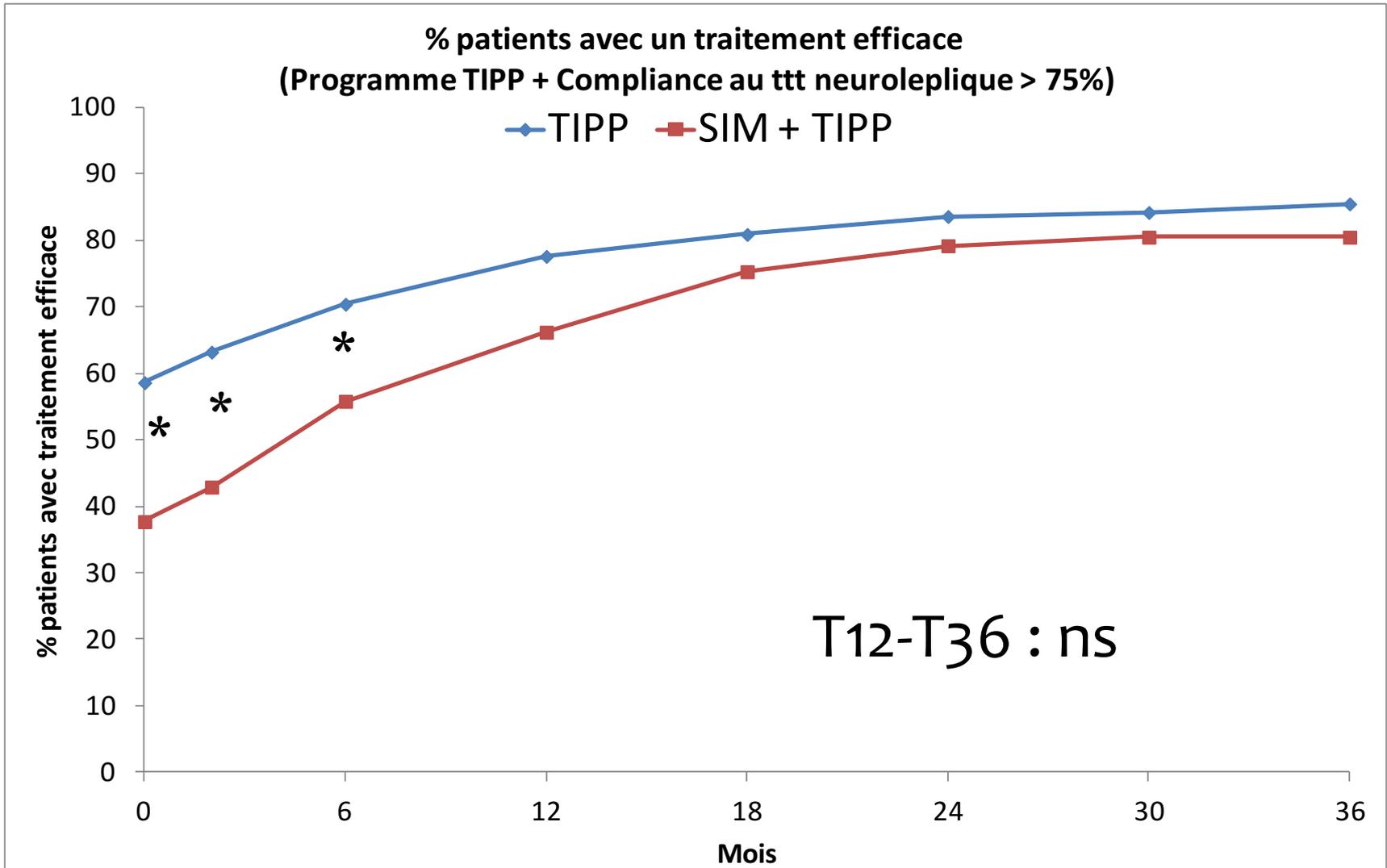


# Moment intervention SIM

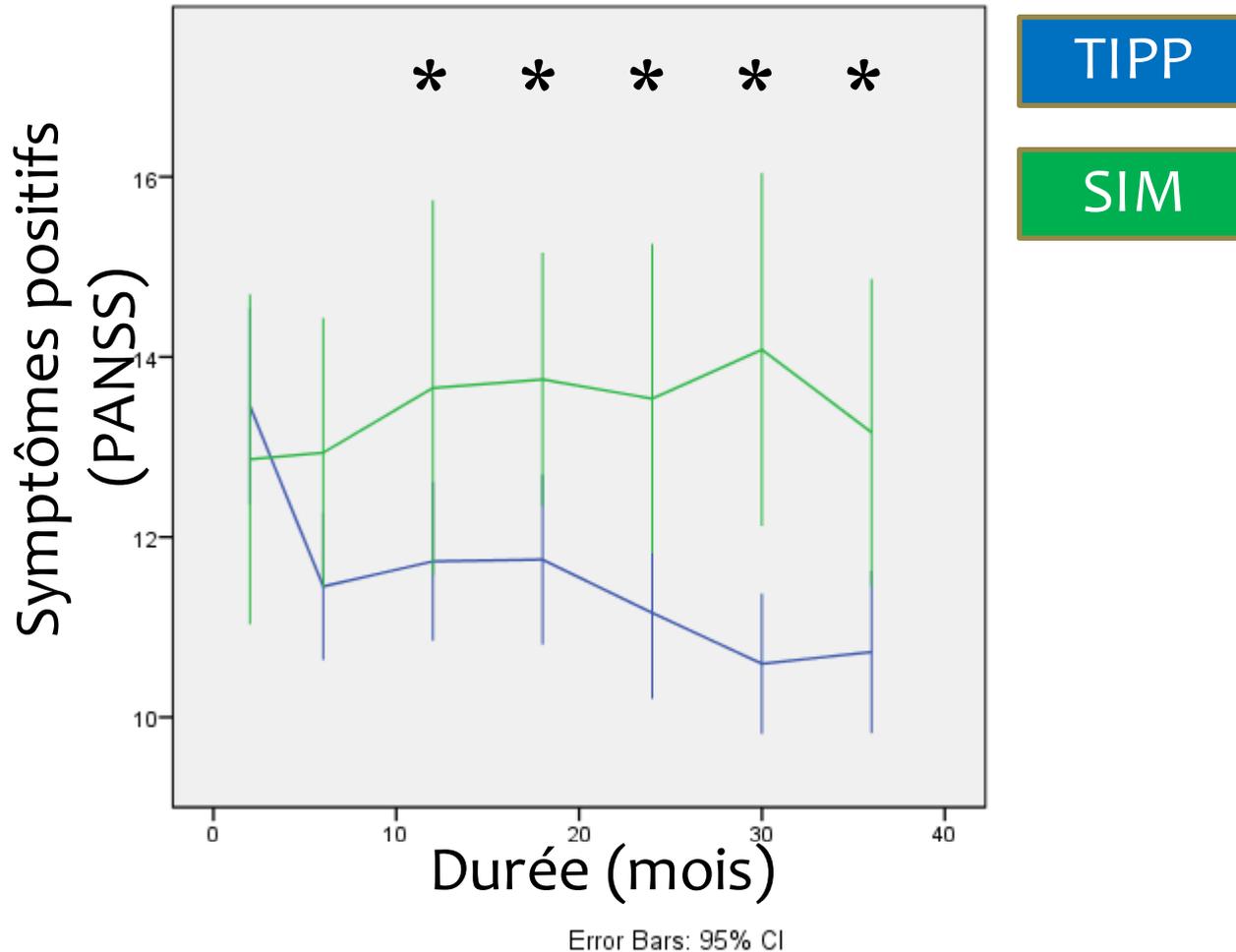


- 70% des interventions débutent dans le 1<sup>er</sup> trimestre
- Durée des interventions
  - 32.5 % ponctuelle (0-6 mois)
  - 44.1 % intermédiaire (6 mois – 2 ans)
  - 23.4 % durable (2-3 ans)

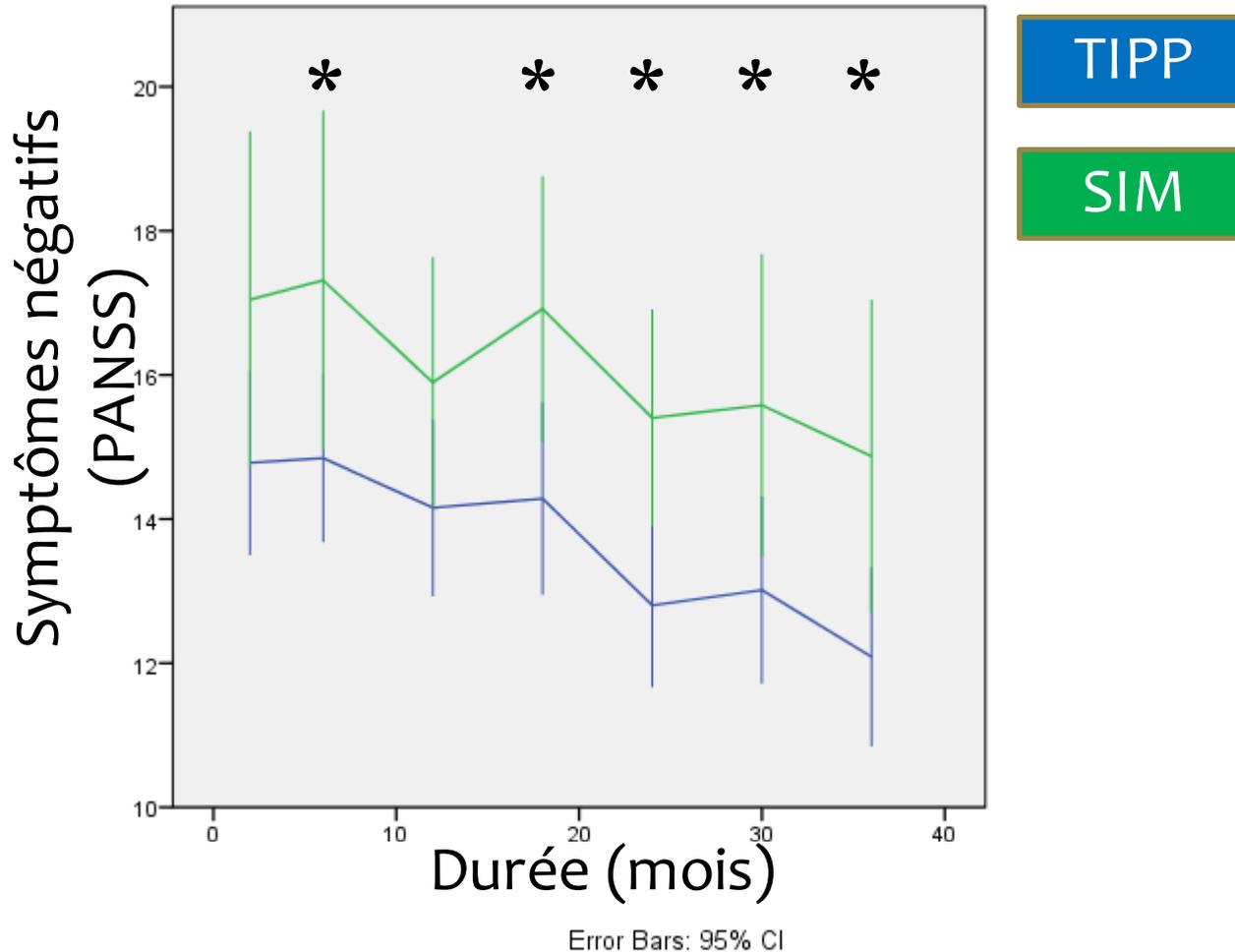
# Engagement dans les soins



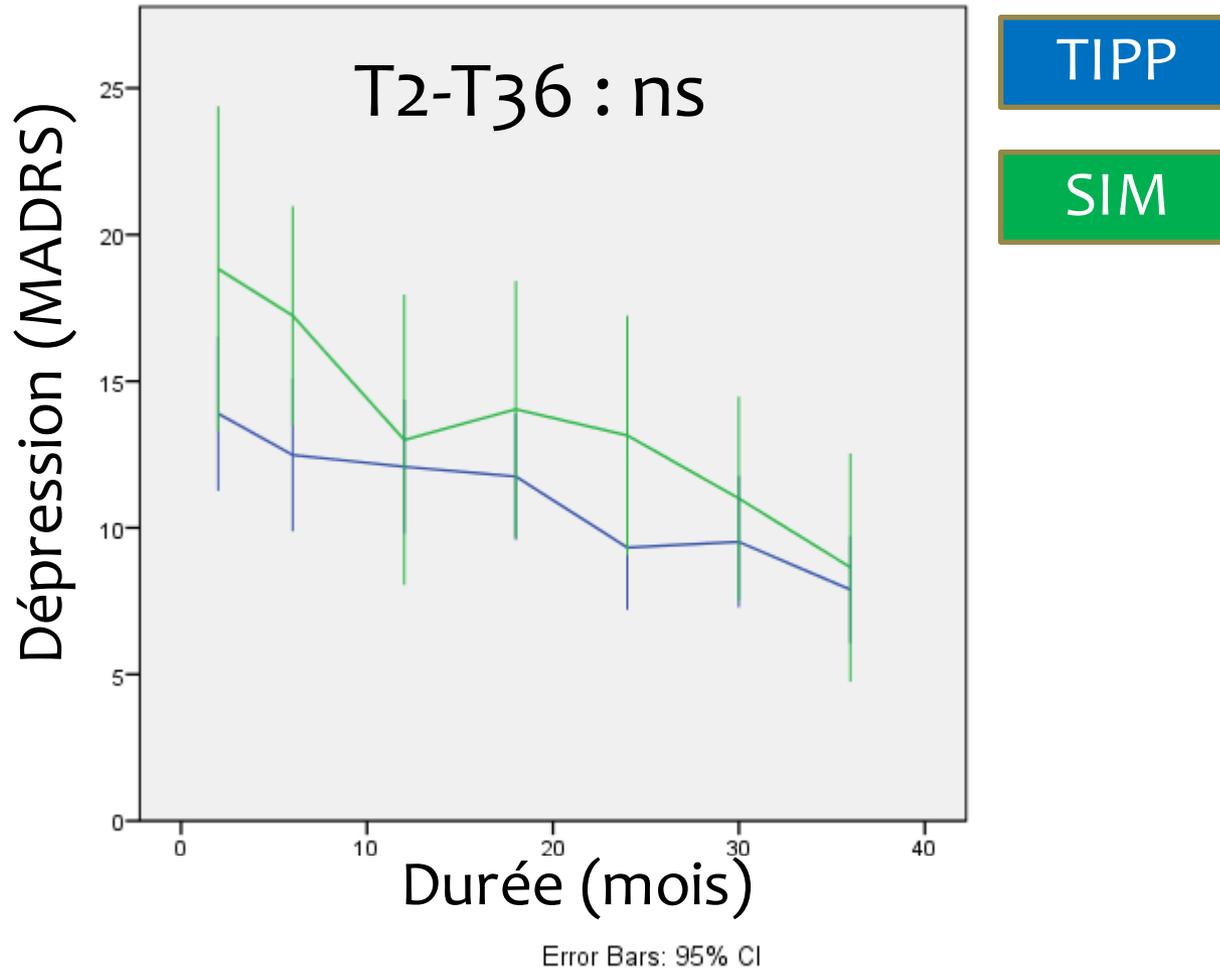
# Symptômes Positifs (PANSS)



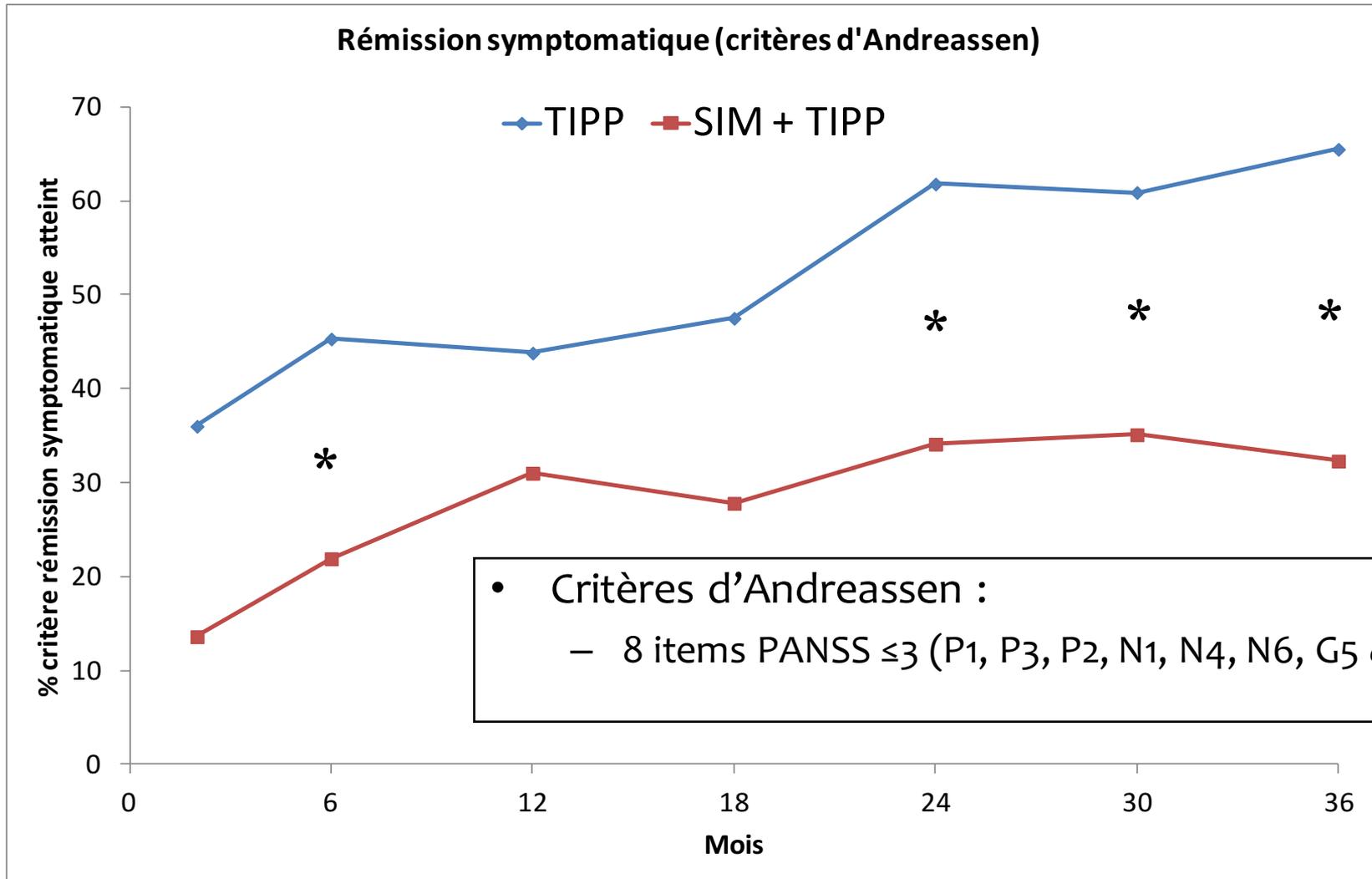
# Symptômes négatifs (PANSS)



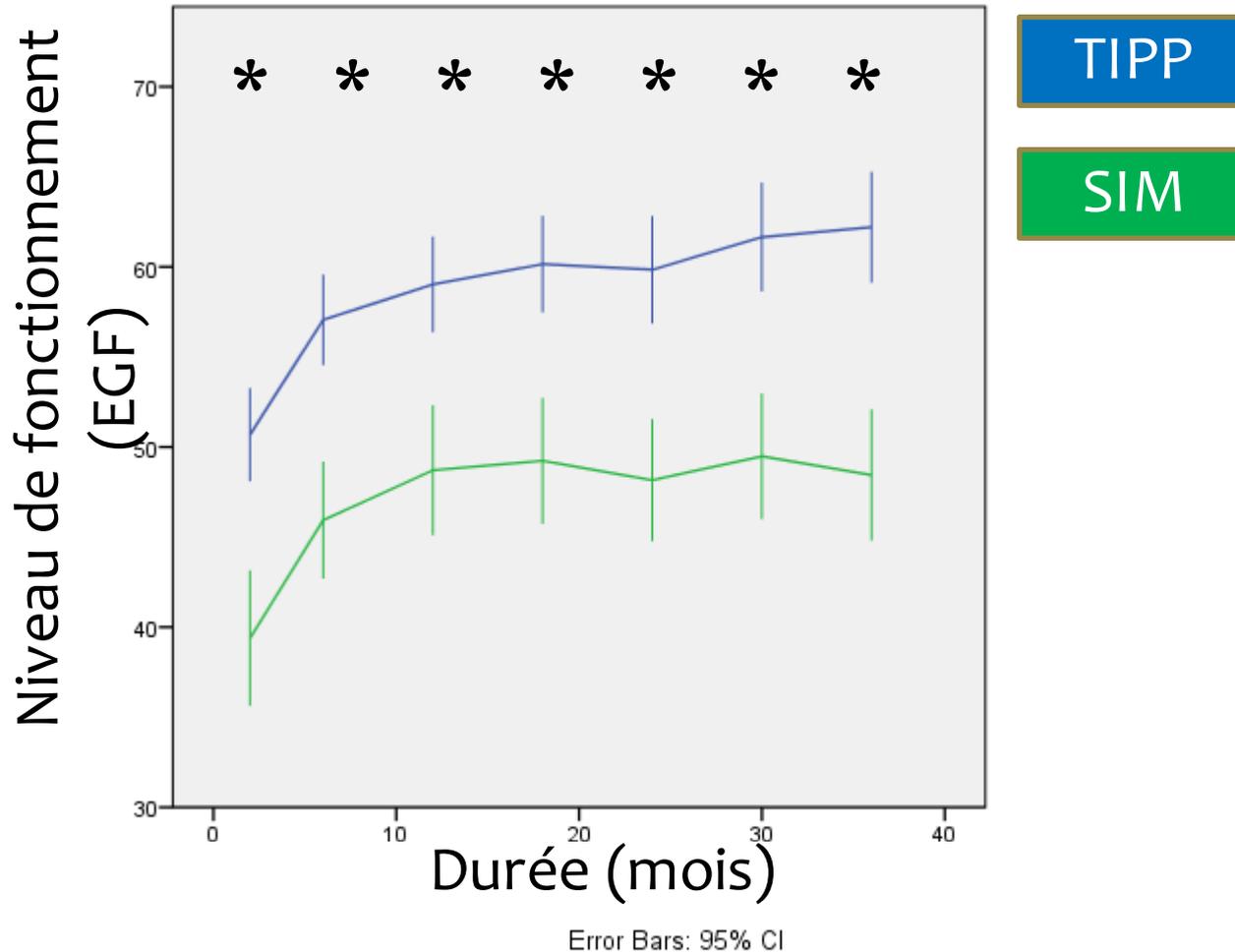
# Dépression (MADRS)



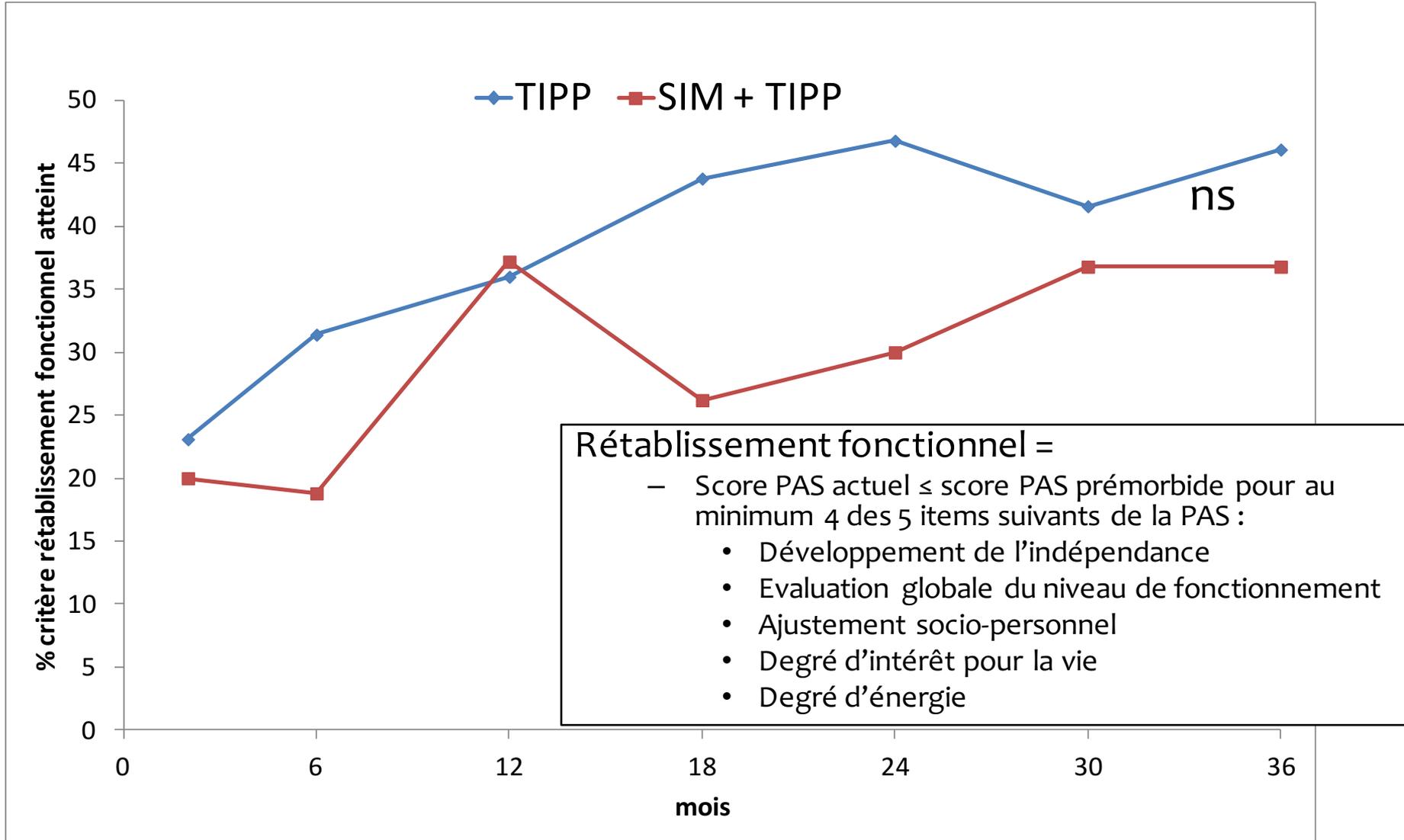
# Rémission symptomatique



# Fonctionnement social (EGF)



# Rétablissement fonctionnel



# Conclusions (1)

- 33% des patients dans le programme TIPP nécessitent l'implication de l'équipe SIM
- Durée de l'implication du SIM :
  - < 6 mois: 33% [11%]
  - 6 – 18 mois: 44% [14%]
  - 36 mois: 23% [8%]
- 70% dès le début du programme [23%]
- Caractéristiques des patients:
  - Longue DUP;
  - mauvaise adhésion initiale au traitement ;
  - mauvais fonctionnement prémorbide ;
  - mauvais fonctionnement social ;
  - symptômes négatifs ;
  - consommation OH & cannabis

# Conclusions (2)

- Taux de désengagement faible de 7% avec des moyens ajustés aux besoins de 2 sous groupes
- Permet d'amener 80% des patients à un traitement efficace dans les 2 groupes
- Malgré l'accès à un traitement efficace, les symptômes positifs et négatifs restent plus importants dans le groupe SIM (rémission symptomatique 30% vs 60% TIPP)
- Le rétablissement fonctionnel reste inférieur, mais comparable si on l'ajuste au fonctionnement prémorbide (~40% rétablissement fonctionnel)

# Discussion

- Solution intéressante sur le plan économique et efficace pour l'engagement dans les soins des psychoses débutantes
- % désengagement comparable aux autres modèles d'intervention précoce, dans un programme non sélectif visant tous les premiers épisodes d'une région
- Approche proactive SIM essentielle pour un sous groupe de patients
- Evolution du modèle SIM vers « case management en période critique » / adapté à un contexte européen / au modèle du rétablissement

**Tableau 3 : Formes contemporaines de case management à Lausanne**

	<b>Traitement et Intervention Précoce dans la psychose TIPP</b>	<b>Suivi Intensif dans le Milieu SIM</b>	<b>Case management de transition CMT</b>
<b>Nombre de patients par case manager</b>	1 pour 35	1 pour 10	1 pour 10
<b>Pourcentage de soins dans la communauté</b>	< 20%	> 90%	Début durant l'hospitalisation Puis > 90 %
<b>Intensité maximum dans la communauté</b>	2 x / semaine	2 x / jour	2 x / jour
<b>Population cible</b>	Adhésion aux soins	Difficiles à engager, hauts utilisateurs urgence	Intégration dans un réseau de soins après l'hospitalisation
<b>Programme</b>	Spécifique, manualisé, psychoéducation...	Sur mesure, agenda du patient	Intervention flexible selon évaluation des besoins ; carte réseau ; plan de crise conjoint
<b>24 heures sur 24 ; 7 jours sur 7</b>	8 heures - 18 heures ; connexion avec urgences 24/24	Horaire flexible ; connexion avec urgences 24/24	Horaire flexible ; connexion avec urgences 24/24
<b>Consommation de substances</b>	Pas d'exclusion	Pas d'exclusion	Pas d'exclusion
<b>Durée</b>	3 ans	Selon les besoins (6 mois en moyenne)	1-2 mois

# Comment favoriser l'engagement des patients?

1. **Organiser les soins:** programmes spécialisés
2. **Adopter** une attitude thérapeutique adaptée afin de favoriser l'engagement des patients
3. **Prévenir le désengagement** en identifiant les patients à risque de désengagement et en proposant des stratégies adaptées

## 2. Favoriser l'engagement des patients

# INTERVENTION INSIGHTS



**The therapeutic alliance: is it necessary or sufficient to engender positive outcomes?**

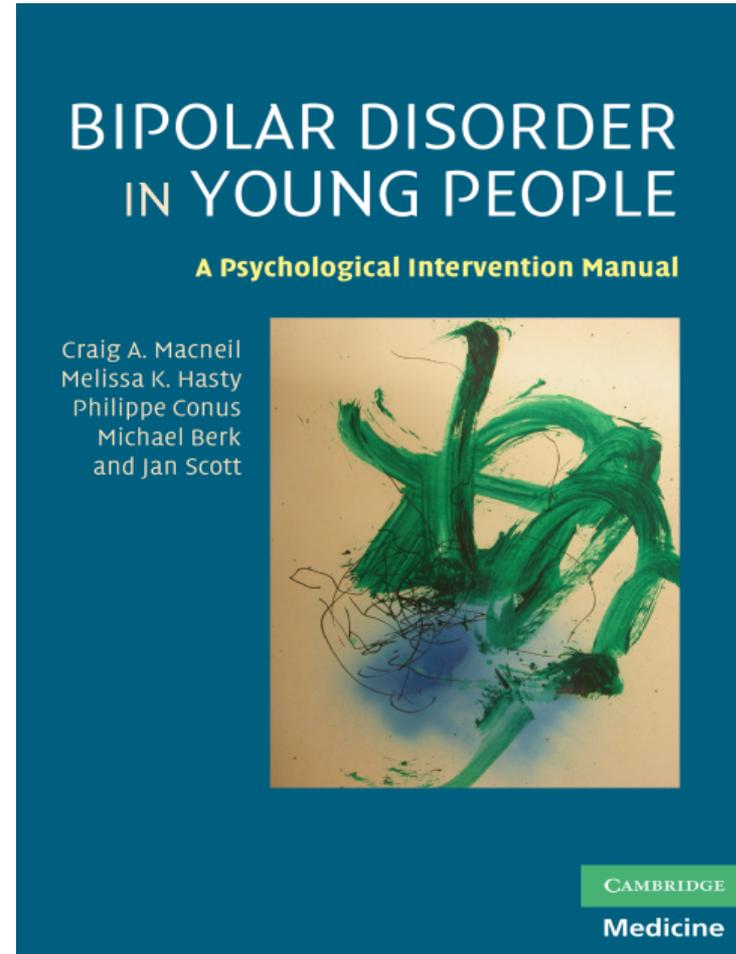
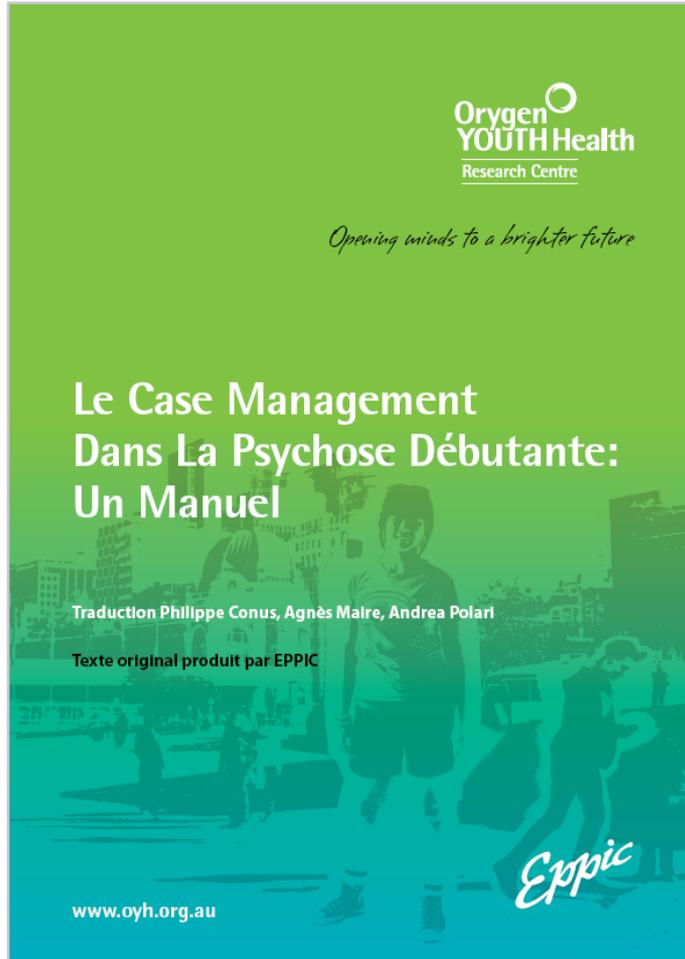
**Craig A. Macneil<sup>1</sup>, Melissa K. Hasty<sup>1</sup>, Melanie Evans<sup>1</sup>, Cassie Redlich<sup>1</sup>, Michael Berk<sup>1,2,3,4</sup>**

*Acta Neuropsychiatrica* 2009; 2:95–98

## 2. Favoriser l'engagement des patients

- *Garantir la continuité des soins*
- *Adapter l'intervention au stade de conceptualisation du patient*
- *Explorer les expériences préalables de traitement*
- *Prendre le temps de comprendre la personne dans son ensemble plutôt que de ne se focaliser que sur les symptômes*
- *Explorer les ressources et les projets, pas seulement les déficits*
- *Identifier les priorités telles que définies par le patient*
- *Comprendre le modèle explicatif du patient*
- *Soutenir l'optimisme réaliste*
- *Etre prêt à faire face à des ruptures qui peuvent aussi permettre des expériences et à terme renforcer l'alliance*
- *L'engagement est un processus progressif: être persévérant*
- *Se laisser toucher par l'histoire du patient*

## 2. Favoriser l'engagement des patients



# 3. Prévenir la rupture

Schizophrenia Research 118 (2010) 256–263



Contents lists available at ScienceDirect

Schizophrenia Research

journal homepage: [www.elsevier.com/locate/schres](http://www.elsevier.com/locate/schres)



## Rate and predictors of service disengagement in an epidemiological first-episode psychosis cohort

Philippe Conus<sup>a,b,\*</sup>, Martin Lambert<sup>c</sup>, Sue Cotton<sup>b</sup>, Charles Bonsack<sup>a</sup>, Patrick D. McGorry<sup>b</sup>, Benno G. Schimmelmann<sup>d</sup>

<sup>a</sup> Treatment and Early Intervention in Psychosis Program (TIPP), Département Universitaire de Psychiatrie Adulte, Université de Lausanne, Clinique de Cery, Switzerland

<sup>b</sup> Orygen Youth Health and Research Centre, Centre for Youth Mental Health, University of Melbourne, Melbourne, Australia

<sup>c</sup> Psychosis Early Detection and Intervention Centre (PEDIC), Centre for Psychosocial Medicine, Department for Psychiatry and Psychotherapy, University Medical Centre Hamburg-Eppendorf, Germany

<sup>d</sup> Child and Adolescent Psychiatry, University of Bern, Switzerland

### ARTICLE INFO

**Article history:**

Received 29 October 2009  
 Received in revised form 13 January 2010  
 Accepted 29 January 2010  
 Available online 4 March 2010

**Keywords:**

First-episode psychosis  
 Disengagement  
 Treatment adherence  
 Schizophrenia

### ABSTRACT

**Objectives:** To assess the prevalence and predictors of service disengagement in a treated epidemiological cohort of first-episode psychosis (FEP) patients.

**Methods:** The Early Psychosis Prevention and Intervention Centre (EPPIC) in Australia admitted 786 FEP patients from January 1998 to December 2000. Treatment at EPPIC is scheduled for 18 months. Data were collected from patients' files using a standardized questionnaire. Seven hundred four files were available; 44 were excluded, because of a non-psychotic diagnosis at endpoint ( $n = 43$ ) or missing data on service disengagement ( $n = 1$ ). Rate of service disengagement was the outcome of interest, as well as pre-treatment, baseline, and treatment predictors of service disengagement, which were examined via Cox proportional hazards models.

**Results:** 154 patients (23.3%) disengaged from service. A past forensic history (Hazard ratio [HR] = 1.69; 95%CI 1.17–2.45), lower severity of illness at baseline (HR = 0.59; 95%CI 0.48–0.72), living without family at discharge (HR = 1.75; 95%CI 1.22–2.50) and persistence of substance use disorder during treatment (HR = 2.30; 95%CI 1.45–3.66) were significant predictors of disengagement from service.

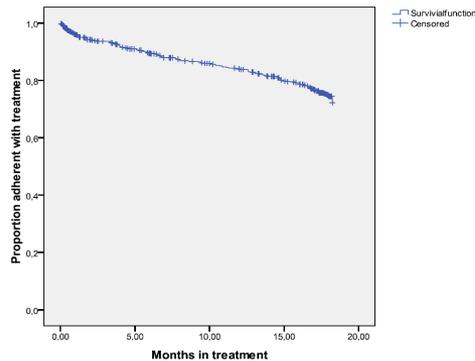
**Conclusions:** While engagement strategies are a core element in the treatment of first-episode psychosis, particular attention should be paid to these factors associated with disengagement. Involvement of the family in the treatment process, and focusing on reduction of substance use, need to be pursued in early intervention services.

© 2010 Elsevier B.V. All rights reserved.

# 3. Prévenir la rupture

- Buts de l'étude: Identification de facteurs prédictifs de la rupture dans un échantillon épidémiologique de 704 premiers épisodes de psychose

Figure 1. Estimated rate of service disengagement over time



- *TAUX DE RUPTURE sur 18 mois: 23%*

- *FACTEURS PREDICTIFS*

- *Passé judiciaire (OR = 1.7)*
- *Absence de liens avec la famille (OR = 1.7)*
- *Persistance d'abus de substance (OR = 2.3)*

## 3. Prévenir la rupture

- ENGAGEMENT DES FAMILLES DANS LE TRAITEMENT
  - Evaluations et entretiens
  - Approche systémique
- GROUPE MULTI-FAMILIAL SUR LA PSYCHOSE DEBUTANTE
  - 4 sessions
  - Familles de patients récemment entrés dans le programme
  - Focus sur la phase précoce des psychoses
- PROGRAMME PRO-FAMILLE: 16 sessions multifamiliales pour les proches de patients souffrant de schizophrénie

# 3. Prévenir la rupture

## Regular Article

Psychotherapy  
and Psychosomatics

Psychother Psychosom 323466  
DOI: 10.1159/000323466

Received: July 1, 2010  
Accepted after revision: December 8, 2010  
Published online: ■■■■

# Motivational Intervention to Reduce Cannabis Use in Young People with Psychosis: A Randomized Controlled Trial

Charles Bonsack Silvia Gibellini Manetti Jérôme Favrod Yves Montagrin  
Jacques Besson Pierre Bovet Philippe Conus  
Department of Psychiatry, CHUV, Lausanne, Switzerland



Jérôme Favrod

# 3. Prévenir la rupture

DOSSIER L'ENTRETIEN MOTIVATIONNEL

L'ENTRETIEN MOTIVATIONNEL DOSSIER

## Psychose, cannabis et groupes motivationnels

En s'appuyant sur les acquis démontrés de l'entretien motivationnel individuel chez les patients psychotiques consommateurs de cannabis, une équipe suisse a complété leur prise en charge individuelle par des groupes motivationnels. Le format de ces groupes mobilise davantage ces patients et favorise notamment une mise en scène de la balance décisionnelle.

Plusieurs études montrent que les personnes présentant un premier épisode de psychose consomment davantage de substances toxiques que la population générale, le cannabis étant la drogue la plus populaire (1, 2, 3). Les patients atteints de schizophrénie y recourent également plus fréquemment que ceux souffrant d'autres troubles psychiatriques, avec une prévalence moyenne de 40 %, les variations allant de 13 à 69 %, selon les études (4). Une méta-analyse récente indique par ailleurs que le taux médian d'usage de cette substance est plus élevé lors des premiers épisodes de schizophrénie qu'au long cours (5). En général, la consommation de cannabis est plus importante chez les hommes et chez les jeunes et elle est associée de façon constante à un risque de rechute et de non-adhérence aux traitements (6). Les interventions

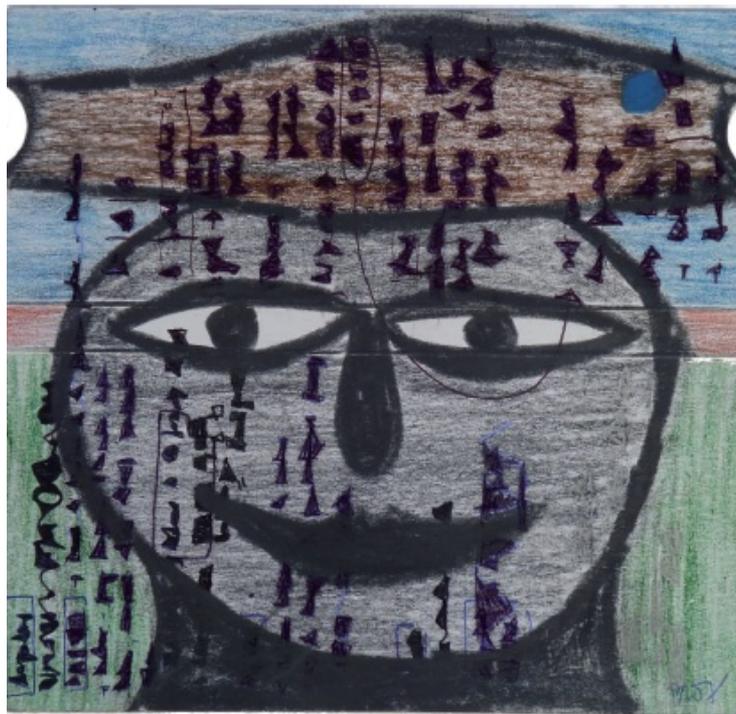
pour réduire cette consommation sont donc une piste prioritaire de recherche clinique. Deux études indiquent cependant que les patients qui ont diminué leur consommation lors d'un premier épisode psychotique peuvent avoir un meilleur pronostic d'évolution dans la maladie que ceux qui n'ont jamais abusé de substances (7, 8). L'explication tient probablement au fait qu'ils appartiennent à un sous-groupe de patients présentant un bon fonctionnement pré-morbid qui facilite l'accès au cannabis via leur réseau social. Reste que la consommation de cannabis aggrave la psychose (9). Dans ce contexte, on sait aujourd'hui que l'entretien motivationnel (EM) permet de réduire la consommation de substances chez les personnes souffrant de troubles psychiatriques, en comparaison du traitement usuel, et notamment pour l'alcool. Toutefois, il serait moins efficace pour le cannabis (10). Un inventaire récent des publications (41 études contrôlées avec des personnes atteintes de schizophrénie simultanément à un abus de substances) montre ainsi que les interventions psychosociales comme l'EM ou les thérapies cognitives et comportementales (TCC) sont efficaces sur l'ensemble des substances mais toutefois peu efficaces sur le cannabis (dans onze études ciblant uniquement) (11).

Plus récemment, deux nouvelles études ont été publiées. La première, multicentrique et britannique, qui examine les effets d'une intervention intégrant l'EM et la thérapie cognitive (12) ne note pas d'amélioration en termes d'hospitalisation, de fonctionnement ou de symptômes mais constate la réduction de la quantité de cannabis consommé, au moins un an

après la fin de l'intervention. Une autre étude, conduite à Lausanne, évalue l'impact d'une proposition motivationnelle brève sur la consommation de cannabis de patients souffrant de psychose (13). L'intervention met en évidence une réduction de la consommation de cannabis à court terme lorsqu'elle s'ajoute aux soins habituels. Néanmoins, l'effet ne se maintient pas dans les six mois qui suivent la fin de l'intervention.

### L'ENTRETIEN MOTIVATIONNEL

Rapportés brièvement que l'EM est une intervention spécifique basée sur la collaboration et centrée sur la personne, avec pour objectif d'engendrer et de renforcer la motivation à changer (14). Développé à partir de l'approche centrée sur la personne de Carl Rogers (voir l'article de T. Le Mardy p. 42), il est volontairement orienté vers l'objectif de conduire au changement, d'explorer et de résoudre l'ambivalence. Un élément efficace est un élément central de l'EM mais elle est utilisée pour guider la personne à résoudre l'ambivalence autour du changement de comportement. Le professionnel qui applique l'EM écoute la personne en utilisant des stratégies qui suscitent son propre désir de changer. Durant la séance, le soignant cherche à renforcer le patient dans l'expression de sa motivation pour la modification comportementale visée. L'effet thérapeutique de l'EM paraît lié à trois facteurs : l'expérience interne de contradiction vécue par le patient, son expression de l'intention de changer et le recours par le



Jérôme FAIVROD\* M.D.,  
SIVIO CIBRELLINI MANETTI\*\* M.D.,  
Sara CRESPI\*\* M.D.,  
Sylvière REDHÄU\* M.D.,  
Philippe CONUS\*\*\* M.D.,  
Charles BONSACK\*\*\* M.D.

\* Infirmier, \*\* Psychologue, \*\*\* Psychiatre  
d) Service de psychiatrie communautaire, Département de psychiatrie, Centre hospitalier universitaire vaudois, Site de Grug, Pully  
b) Ecole la Source, Hôpital Académique de Sion occidentale, Sion  
c) Service de psychiatrie générale, Département de psychiatrie, Centre hospitalier universitaire vaudois, Site de Grug, Pully

## 3. Prévenir la rupture

### **Abus de substance: quelques éléments de base**

- *Une intervention brève est plus efficace que pas d'intervention du tout*
- *Le traitement doit être adapté au degré de motivation que le patient a de changer*
- *La limitation des risque est souvent un objectif plus réaliste que l'abstinence complète*
- *Un premier épisode de psychose peut constituer un facteur de motivation considérable à changer face à l'abus de substances: ne pas rater cette occasion...*
- *Favoriser les approches motivationnelles*

# CONCLUSION

- Un premier épisode de psychose peut avoir un impact majeur sur la vie des patients
- Le désengagement des soins et le déni de la maladie sont des réactions habituelles chez les jeunes patients
  - **L'engagement** peut être renforcé par
    - *L'organisation des services (case management assertif)*
    - *Des approches d'engagement spécifiques*
    - *Un travail actif sur les facteurs de désengagement (abus de substance, liens familiaux)*
- **Il est important de promouvoir la réorganisation de services de psychiatrie, les programmes de soins spécialisés pour les troubles émergents et de proposer des formations adéquates considérant leur impact sur ces éléments**

Merci pour votre attention!



# Deux réactions normales et fréquentes après un premier épisode psychotique



Le déni

**Deuxième défi:**  
**favoriser le développement de**  
**l'insight**  
**Un processus thérapeutique**

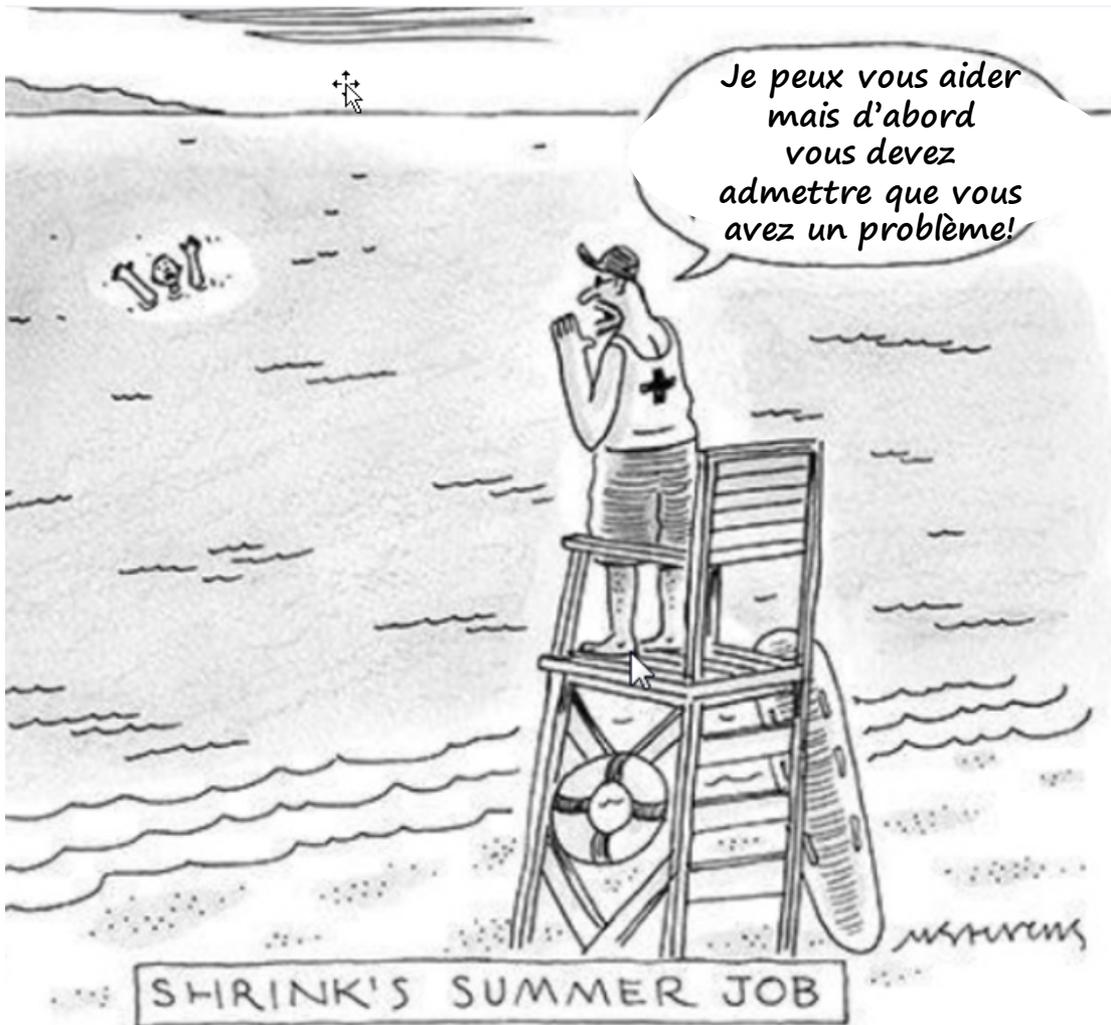
# INSIGHT

- L'insight: un des héritages de la psychanalyse
- *Insight* : traduction du terme allemand "Einsicht" qui signifie « *moment privilégié de prise de conscience* ».
- Pour qu'il produise son effet comme facteur de progrès, **l'insight doit être accompagné d'une élaboration**
- Suggère un **rôle actif du patient**

# INSIGHT ET PSYCHOSE

- Dans le domaine des psychoses et de la schizophrénie, utilisation déformée (ou appauvrie?):
  - *Insight: prise de conscience du statut de malade, de la présence des symptômes de la maladie et de la nécessité/utilité d'un traitement*
  - *Insight = être d'accord avec la lecture des soignants...*

# INSIGHT ET PSYCHOSE



# Conséquences positives de l'insight

- Diminue le risque d'agir les idées délirantes
- Facilite l'établissement d'une relation thérapeutique
- Permet de meilleures relations avec la famille
- Insight et adhérence au traitement médicamenteux?
  - **Corrélation modérée** entre présence d'insight et adhérence au traitement médicamenteux
  - Mais, présence possible d'une bonne adhérence à la médication SANS insight
    - Adhérence à la médication est aussi liée à d'autres éléments: confiance, qualité de la relation thérapeutique, effets secondaires, effet des médicaments sur certains éléments de la psychopathologie comme l'anxiété...
- Insight et outcome:
  - Les patients dotés d'insight ont une meilleure évolution symptomatique et fonctionnelle (*Thompson 2003, ...*)

# Conséquences négatives possibles de l'insight

- Un certain degré de **déni peut avoir un effet protecteur**, en tout cas dans certaines phases de la maladie
- **L'insight peut parfois aggraver les choses**: « adding insight to injury »
- « *Les patients ayant un insight peuvent souffrir de la présence même de cette connaissance de leur trouble, et ainsi présenter un degré plus marqué de détresse* »  
Roback 1979
- **Dépression post psychotique** McGlashan 1979
  - *Survient chez 25% des patients*
  - *Est significativement liée à la présence d'insight*
  - *Est plus fréquent chez les patients qui tendent à un processus d'intégration de l'épisode que chez ceux qui utilisent le déni défensif*
- **L'insight augmente aussi le risque d'auto-stigmatisation et d'identification au rôle de malade**

# Insight as a social identity process in the evolution of psychosocial functioning in the early phase of psychosis

H. S. Klaas<sup>1\*</sup>, A. Clémence<sup>2</sup>, R. Marion-Veyron<sup>3</sup>, J.-P. Antonietti<sup>2</sup>, L. Alameda<sup>3</sup>, P. Golay<sup>3</sup> and P. Conus<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Swiss National Centre of Competence in Research LIVES, Life Course and Inequality Research Centre (LINES), Faculty of Social and Political Sciences, University of Lausanne, Switzerland

<sup>2</sup>Psychology Institute, Faculty of Social and Political Sciences, University of Lausanne, Lausanne, Switzerland

<sup>3</sup>Treatment and Early Intervention in Psychosis Program (TIPP), Service of General Psychiatry, Département de Psychiatrie Centre Hospitalier Universitaire Vaudois (CHUV), Université de Lausanne, Clinique de Cery, 1008 Prilly, Switzerland

**Background.** Awareness of illness (insight) has been found to have contradictory effects for different functional outcomes after the early course of psychosis. Whereas it is related to psychotic symptom reduction and medication adherence, it is also associated with increased depressive symptoms. In this line, the specific effects of insight on the evolution of functioning over time have not been identified, and social indicators, such as socio-occupational functioning have barely been considered. Drawing from social identity theory we investigated the impact of insight on the development of psychosocial outcomes and the interactions of these variables over time.

**Method.** The participants, 240 patients in early phase of psychosis from the Treatment and Early Intervention in Psychosis Program (TIPP) of the University Hospital of Lausanne, Switzerland, were assessed at eight time points over 3 years. Cross-lagged panel analyses and multilevel analyses were conducted on socio-occupational and general



- Au début du traitement, la présence d'insight est corrélée avec un niveau plus élevé de symptômes dépressifs
- Ces symptômes décroissent au fil du temps
- A partir de 12 mois de suivi, impact positif de la présence d'insight sur le fonctionnement ainsi que sur la qualité de vie et l'estime de soi
- L'impact positif lié au développement d'une nouvelle identité sociale intégrée

# Approches thérapeutiques du déficit d'insight

## OBJECTIFS

- **Ne doivent pas se limiter à augmenter l'adhérence au traitement**, qui ne devrait être qu'un effet secondaire d'une meilleure intégration de l'épisode par le patient
- **L'insight doit se construire dans le contexte d'une approche holistique de la personne, de ses aspirations, de ses besoins**
- **L'objectif est d'aider le patient à développer des moyens d'adaptation et de coping** qui sont les moins coûteux possibles
- **Donner le choix au patient, pour autant qu'il ne se mette pas en danger**

# ENJEUX

- **Donner du sens à l'épisode et restaurer un sentiment de contrôle sur soi**
  - Lors d'un premier épisode de psychose, le patient fait face à un cataclysme
  - Réaction normale de déni face à un sentiment d'impuissance
  
- **Restaurer l'estime de soi**
  - Sentiment de danger de perte de son identité
  - Sentiment de destruction
  
- **Maintenir l'espoir et la combativité**
  - Prévenir l'identification au rôle de malade chronique
  - Informer du potentiel de guérison
  
- **IL S'AGIT DONC D'UN PROCESSUS THERAPEUTIQUE COMPLEXE (qui ne se limite pas à la «psychoéducation»)**

# PRINCIPES DE BASE

- Ecouter le patient
- Entendre sa conception de ce qui lui arrive
- Définir des objectifs qui lui conviennent
- Ne pas directement remettre en question le déni
- Explorer/chercher à comprendre le contenu du délire
- Identifier les facteurs de crise
- Faire preuve de flexibilité
- Accepter insight partiel...
- Accepter les variations du degré d'insight
  
- Processus interactif de construction d'une compréhension de soi
- La phase d'exploration est elle-même une phase de psychothérapie
- L'insight n'est pas un but en soi: ce qui est un but c'est de prévenir les mises en danger et de viser à aider le patient à retrouver un équilibre qui **lui** convienne