



L'essentiel de l'information
scientifique et médicale

www.jle.com

Le sommaire de ce numéro

<http://www.john-libbey-eurotext.fr/fr/revues/medecine/ipe/sommaire.md?type=text.html>



Montrouge, le 01/03/2010

P. Conus

Vous trouverez ci-après le tiré à part de votre article en format électronique (pdf) :

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

paru dans

Information psychiatrique, 2010, Volume 86, Numéro 2

John Libbey Eurotext

Ce tiré à part numérique vous est délivré pour votre propre usage et ne peut être transmis à des tiers qu'à des fins de recherches personnelles ou scientifiques. En aucun cas, il ne doit faire l'objet d'une distribution ou d'une utilisation promotionnelle, commerciale ou publicitaire.

Tous droits de reproduction, d'adaptation, de traduction et de diffusion réservés pour tous pays.

© John Libbey Eurotext, 2010

PSYCHOSES : ÉVOLUTION DES CONCEPTS ET DES PRATIQUES (1)

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

Philippe Conus¹, Andrea Polari^{1,2}, Charles Bonsack¹

RÉSUMÉ

Au cours des 20 dernières années, un intérêt particulier pour l'intervention dans la phase précoce des troubles psychotiques a conduit au développement de plusieurs programmes spécialisés dans ce type de traitement à travers le monde. Leur objectif est non seulement de diminuer la durée de psychose non traitée, mais également de proposer des soins spécifiquement adaptés aux besoins des patients qui traversent cette phase de la maladie. Dans cet article il est question du programme TIPP (Traitement et intervention dans la phase précoce des troubles psychotiques), développé en 2004 à Lausanne, de son contenu et de son impact marqué sur l'engagement des patients dans les soins.

Mots clés : prévention médicale, schizophrénie, symptomatologie psychotique

ABSTRACT

Intervention in the early phase of psychotic disorders: objectives and organization of the TIPP program (Treatment and intervention in the early phase of psychotic disorders) in Lausanne. Over the past 20 years, a particular interest in intervention at the early phase of psychotic disorders has led to the development of several programs that specialize in this type of treatment throughout the world. The program's goal is not only to shorten the duration of untreated psychosis, but also provide care that is tailored to meet the needs of patients who pass through this phase of the disease. In this article the authors discuss the TIPP program (Treatment and Intervention in the early phase of psychotic disorders), developed in 2004 in Lausanne, its contents and its significant impact on patient commitment in care.

Key words: preventive medicine, schizophrenia, psychotic symptomatology

RESUMEN

Intervención en la fase precoz de los trastornos psicóticos : objetivos y organización del programa TIPP (Tratamiento e intervención en la fase precoz de los trastornos psicóticos) en la ciudad de Lausanne. En el transcurso de los últimos 20 años, el interés particular por la intervención en la fase temprana de los trastornos

¹ Université de Lausanne, Département de psychiatrie CHUV, Traitement et intervention précoce dans les troubles psychotiques (TIPP Program), Clinique de Cery, 1008 Prilly, Switzerland
<Philippe.Conus@chuv.ch>

² University of Melbourne, Orygen Youth Health Research Centre, Centre for Youth Mental Health, 35 Poplar Road, Parkville, Victoria, 3052, Australia

Tirés à part : P. Conus

psicóticos ha desembocado en el desarrollo de varios programas especializados en este tipo de tratamiento por el mundo entero. Su objetivo no solo es reducir la duración de psicosis no atendida sino también proponer unos cuidados específicamente adaptados a las necesidades de los pacientes que pasan por esta fase de la enfermedad. Este artículo está centrado en el programa TIPP (Tratamiento e intervención en la fase precoz de los trastornos psicóticos) que se desarrolló en 2004 en Lausanne, en su contenido y su marcado impacto en la implicación de los pacientes en los cuidados.

Palabras claves : prevención médica, esquizofrenia, sintomatología psicótica

Introduction

Au cours des 20 dernières années, on a pu assister à un regain d'intérêt pour la phase précoce des troubles psychotiques, ainsi qu'au développement de plusieurs structures spécialisées pour le traitement de cette phase de la maladie. Dans cet article, nous passerons en revue les éléments théoriques et cliniques qui ont justifié de tels développements, les objectifs principaux suivis par ces structures et enfin les caractéristiques d'un programme d'intervention dans la phase précoce des troubles psychotiques implanté à Lausanne depuis 2004.

Pourquoi l'intervention précoce dans les troubles psychotiques ?

Le traitement de la schizophrénie a pendant longtemps été abordé avec pessimisme, cette maladie étant souvent considérée comme incurable et conduisant inévitablement à une forme de handicap psycho-social majeur. Ce point de vue était fondé en partie sur la dichotomie des maladies mentales proposée dans la classification kraepelinienne, mais également sur les résultats d'études cliniques biaisées, réalisées en milieu asilaire, sur des populations composées avant tout de patients dont l'évolution était la plus défavorable.

De nouvelles études épidémiologiques conduites dans les années 1970 et 1980 ont cependant démontré qu'une proportion non négligeable de patients atteints de schizophrénie pouvait évoluer positivement. Ainsi, l'étude de ou de Ciompi et Muller en 1976 [1] a révélé que 1/3 à 2/3 des patients atteints de schizophrénie avaient une évolution favorable à long terme, suggérant ainsi que la schizophrénie n'est pas une maladie qui « en règle générale » évolue mal.

Au cours des années 1980, divers chercheurs se sont intéressés à la phase initiale des troubles psychotiques, de manière à identifier quels facteurs pouvaient jouer un rôle dans l'évolution du trouble à moyen et long terme [2]. Ces travaux ont permis de mettre en évidence deux éléments cruciaux qui ont grandement contribué à motiver le développement de programmes spécialisés. Premièrement, les études conduites dans des populations de patients présentant un premier épisode psychotique ont révélé qu'il s'écoulait de manière générale un long délai entre l'apparition

des symptômes psychotiques positifs et le début effectif d'un traitement [3]. Des études plus récentes ont permis de démontrer que cette durée de psychose non traitée (Duration of Untreated Psychosis, DUP), habituellement d'un à deux ans, est un facteur qui détermine l'évolution ultérieure de la maladie, celle-ci étant d'autant moins favorable que la DUP est longue [4, 5]. Deuxièmement, les résultats de certains travaux suggèrent que les troubles cognitifs, que l'on observe dans la phase avancée de la schizophrénie, se développent avant tout au cours de la phase initiale du trouble, conduisant le patient à un certain niveau de dysfonctionnement cognitif qui par la suite cesse de se détériorer. Ces résultats suggèrent donc la présence d'une « période critique » de 3 à 5 ans après le début de la maladie [6], au cours de laquelle un traitement soutenu pourrait éventuellement permettre d'en infléchir l'évolution. Ces études furent l'occasion d'une prise de conscience des bénéfices possibles d'une intervention précoce dans les troubles psychotiques, ainsi que des besoins spécifiques des patients qui traversent la phase initiale de la maladie [7].

Confrontés aux difficultés du diagnostic différentiel entre les diverses formes de psychoses dans leur phase initiale, la plupart des centres développant des soins spécialisés dans ce domaine ont élargi leur cible pour passer de programmes spécialisés dans le traitement de la schizophrénie débutante à des programmes d'intervention dans la phase précoce des troubles psychotiques en général. Outre les difficultés diagnostiques mentionnées ci-dessus, il apparut effectivement que la présence de symptômes psychotiques positifs était la marque de troubles psychiatriques potentiellement graves, et que les patients qui en souffraient avaient en commun des difficultés à prendre conscience de leur trouble, et par conséquent à s'engager dans les soins, qui justifiait le développement de programmes spécifiquement adaptés à ce type de difficultés [8].

Les phases d'un trouble psychotique

Un des éléments essentiels qui sous-tend le développement de programmes spécialisés dans l'intervention précoce est que les troubles psychotiques sont composés de diverses phases au cours desquelles les besoins diffèrent,

justifiant ainsi des interventions spécifiquement adaptées à chacune d'elle. Le concept de vulnérabilité-stress proposé en 1977 par Zubin et Spring [9] suggère la présence, chez certains individus, d'un terrain favorable au développement ultérieur d'une schizophrénie. Hormis la présence d'une pathologie psychotique chez les parents de premier degré, aucun élément clairement défini ne permet à ce jour de différencier les sujets à risque de développer un tel trouble de ceux qui ne le sont pas. En revanche, plusieurs études récentes ont démontré la présence d'une période de prodrome d'une durée de 2 à 5 ans, marquée par diverses modifications peu spécifiques du fonctionnement psychique ou du comportement psycho-social, qui n'atteignent pas le seuil permettant de poser un diagnostic, mais sont perceptibles soit par le sujet lui-même, soit par son entourage [10]. De manière souvent progressive, mais parfois relativement abrupte, apparaissent des symptômes psychotiques positifs qui, lorsqu'ils dépassent un certain seuil de fréquence, d'intensité et de durée, permettent le diagnostic d'un premier épisode de psychose. Après un délai plus ou moins long selon les cas, comme nous l'avons mentionné plus haut, débute le premier traitement.

Il est important de signaler aux patients que dans 85 % des cas, les médications actuelles permettent de juguler les symptômes psychotiques. Même s'il est vrai que les risques de rechute sont considérables, 50 % des patients présentant un nouvel épisode psychotique dans les 2 ans, et que la restauration du fonctionnement psycho-social peut prendre plus de temps, il est primordial d'aborder le traitement avec optimisme et de l'orienter vers le rétablissement, afin de favoriser l'engagement dans les soins.

Objectifs et stratégies dans le traitement des psychoses émergentes

De manière schématique, les objectifs des programmes spécialisés dans l'intervention précoce dans les troubles psychotiques s'articulent selon deux axes principaux. Le premier est celui du temps, visant une identification précoce des patients. Il peut s'agir d'une part de chercher à détecter les sujets à risque dans la phase des prodromes de la maladie, ou, plus souvent, d'entrer rapidement en contact avec les patients présentant un premier épisode de psychose avérée, dans l'idée de diminuer autant que possible la durée de psychose non traitée. Il est important ici de relever que si l'on a beaucoup parlé de la durée de psychose non traitée qui précède l'arrivée dans les centres thérapeutiques, l'expérience montre que le seul fait d'être en contact avec une structure soignante n'est de loin pas la garantie d'un traitement adéquat, certains patients refusant pendant de nombreuses semaines encore le traitement qui leur est proposé. On observe ainsi fréquemment qu'une grande partie de l'intervention initiale consiste en un travail d'engagement du patient qui peut durer parfois des mois.

Le second axe est celui de la forme et du contenu de traitement. Comme nous l'avons mentionné plus haut, les patients qui traversent cette phase de la maladie ont des besoins spécifiques, différents de ceux qu'éprouvent les patients qui présentent une maladie depuis plusieurs années, et il convient d'y répondre de manière adaptée. Les programmes spécialisés sont donc organisés de manière à augmenter leur accessibilité, par exemple par l'implantation d'équipes mobiles de soins dans le milieu. De plus, outre un intense travail d'engagement fondé sur l'information, le développement d'un climat de partenariat avec les patients, un abord optimiste bien que réaliste des possibilités d'évolution et une orientation des soins vers le rétablissement plutôt que vers la gestion d'un handicap, on y pratique habituellement la prescription de faibles doses de neuroleptiques ainsi que des approches psychologiques spécifiquement adaptées aux questions qui peuvent se poser au moment d'une première décompensation psychotique et d'un premier contact avec la psychiatrie.

Phase prodromique : solutions... et problèmes

Un intense travail de recherche conduit au cours des 15 dernières années a permis d'identifier certaines caractéristiques cliniques de sujets à risque imminent relativement élevé de développer une psychose. Des échelles construites sur la base de ces critères ont permis, dans ces populations à « ultra-haut risque » de psychose, de conduire des projets de recherche visant à évaluer la capacité de certaines interventions à diminuer le taux de transition vers la psychose avérée [10, 11]. Ces études ont permis de démontrer qu'une intervention psychothérapique d'inspiration cognitive et comportementale, l'administration de faibles doses de neuroleptiques de seconde génération ou la combinaison de ces deux types d'intervention, permettaient de diminuer significativement la proportion de patients développant un trouble psychotique dans la période de suivi. Les résultats d'études plus récentes suggèrent que l'administration de substances telles que les acides gras oméga-3 ont un effet similaire qui pourrait être lié à une propriété neuro-protectrice [12].

Cependant, l'intervention dans la phase des prodromes des troubles psychotiques reste pour l'instant confinée au domaine de la recherche, tant le diagnostic de ces états, actuellement fondés exclusivement sur des caractéristiques cliniques, est imprécis. Ainsi, plusieurs études ont démontré que la sensibilité et la spécificité des critères développés étaient encore beaucoup trop faibles pour que l'on puisse généraliser ces pratiques de manière éthiquement acceptable. Un important travail de recherche est donc encore nécessaire pour améliorer les critères d'identification des patients dans cette phase de la maladie, et afin de compléter ces critères cliniques imprécis par d'autres caractéristiques

psychopathologiques ou biologiques qui seraient plus faibles. Il est important également d'acquiescer une meilleure connaissance des mécanismes sous-tendant l'émergence d'un trouble psychotique, afin de pouvoir développer des traitements mieux adaptés à cette phase du trouble qui pourraient agir sur les mécanismes à l'œuvre dans cette phase de la maladie.

Situation à Lausanne en 2000

Compte tenu de ces limitations, nous avons décidé de nous focaliser de manière exclusive sur le développement d'un programme visant à améliorer la qualité des soins proposés aux patients ayant présenté un premier épisode de psychose. Dans le but d'évaluer les besoins dans notre région à cet égard, nous avons conduit une première étude rétrospective sur les 52 premières admissions pour un trouble psychotique survenues au cours de l'année 2000 [13].

Les résultats de cette étude ont démontré la présence d'un long délai entre le développement des symptômes psychotiques et l'accès aux soins, un taux élevé de développement de comorbidités avant le traitement (50 % de patients abusant de substances illicites au moment de l'admission, 30 % ayant fait des menaces de suicide et 13 % ayant effectivement tenté de se suicider avant l'admission). On relevait également dans cette population un important degré de dysfonctionnement socio-économique, 44 % des patients étant sans emploi ou sans activité scolaire aucune au moment de l'hospitalisation. Le traitement initial, et donc le premier contact avec la psychiatrie, était en majorité potentiellement traumatisant, 50 % des admissions survenant de manière non volontaire, 25 % aboutissant à des périodes d'isolement en chambre, et bon nombre de ces admissions ayant été réalisées avec l'aide de la police. De plus, la plupart des familles manifestaient un certain degré d'hostilité à l'égard de la psychiatrie suite au sentiment qu'ils avaient d'avoir été abandonnés à eux-mêmes pendant que l'état de leur enfant se dégradait, par manque d'accessibilité des soins jusqu'à ce que la situation soit dépassée voire dangereuse. Enfin, de manière frappante, nous avons observé que même si les soins hospitaliers étaient souvent efficaces et contribuaient grandement à restaurer un bon équilibre chez ces patients, l'insertion dans les soins post-hospitaliers était catastrophique, 50 % des patients ne se rendant même pas au premier rendez-vous ambulatoire qui leur était proposé.

Sur la base de ces chiffres, il nous est apparu clairement qu'il était justifié de développer un programme spécifique pour ces patients, dont l'une des cibles devait être l'amélioration de l'engagement dans une chaîne de soin hospitalo-ambulatoire bien constituée et plus facilement accessible.

Développement du programme TIPP : objectifs et moyens

Au moment de son développement, les objectifs poursuivis par notre programme se définissaient comme suit :

- amélioration de l'accessibilité des soins ;
- amélioration de la continuité des soins ;
- amélioration de l'engagement dans les soins ;
- implantation d'une équipe spécialisée, proposant des soins spécifiquement destinés à la phase précoce des troubles psychotiques et orientés vers le rétablissement ;
- développement du suivi dans le milieu ;
- soutien spécifique des familles dans le cadre de groupes multifamiliaux, d'entretiens de réseau et de séances d'information ;
- diminution de la durée de psychose non traitée par le biais d'une stratégie d'information dans le milieu médical mais également dans les écoles et à travers les médias.

Dans le cadre de la politique de développement du département de la Santé publique du Canton de Vaud et du centre hospitalier universitaire vaudois, un financement nous a été attribué pour mettre sur pied ce programme. La somme allouée nous a permis de créer 3,5 EPT (équivalent plein temps) de « case manager » (décrit ci-dessous) et 0,15 EPT de psychiatre chef de clinique, ressources exclusivement attribuées au pôle ambulatoire de notre programme (voir ci-dessous). Le reste de l'équipe ambulatoire (0,1 cadre médical responsable du programme, 0,35 EPT de psychiatre chef de clinique et 0,6 EPT de médecin assistant psychiatre) a été créé à partir de la réallocation de ressources déjà existantes dans notre consultation ambulatoire.

Structure du programme TIPP

Le programme actuel (*figure 1*) comprend : un pôle ambulatoire, un pôle hospitalier et une étroite collaboration avec une unité de suivis intensifs dans le milieu développée en 2000. Il s'adresse aux patients âgés de 18 à 35 ans qui présentent un trouble psychotique et qui n'ont pas reçu de traitement pour plus de six mois au total. Considérant une incidence annuelle de deux nouveaux cas de psychose pour 10 000 habitants, nous attendions le recrutement de 40 à 50 patients par an dans notre secteur de 250 000 habitants. L'inclusion de 235 patients dans le programme après 5 ans d'existence confirme cette projection.

Le pôle ambulatoire

L'équipe ambulatoire actuelle est composée d'un médecin responsable du programme (à 10 %), d'un chef de clinique (à 0,15 EPT) qui supervise les situations et gère les admissions dans le programme, de deux médecins assistants (0,6 EPT) qui ont en charge le traitement médical des patients et de cinq « case managers » (3,5 EPT).

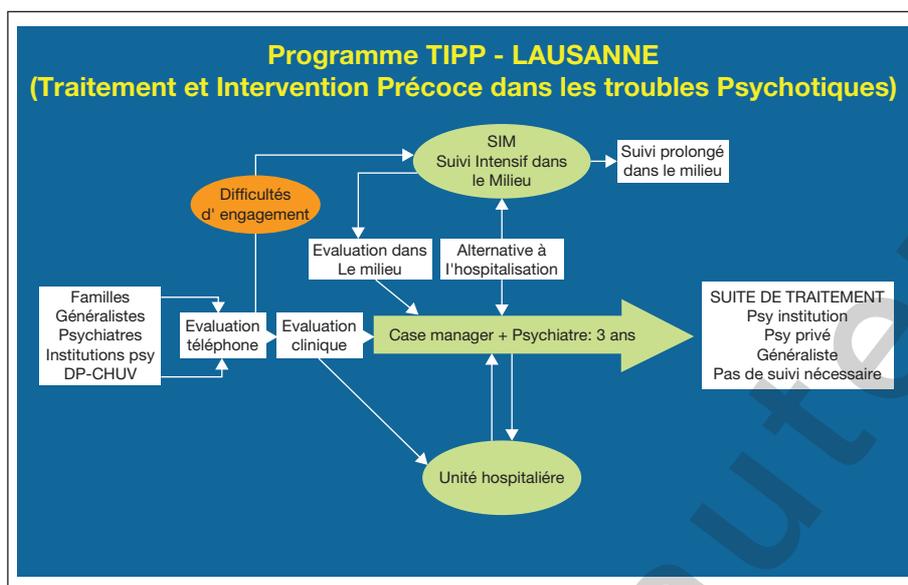


Figure 1. Organisation du programme TIPP.

Les objectifs principaux de cette équipe sont de favoriser l'engagement des patients, de les aider à intégrer et donner un sens à l'expérience psychotique initiale (par le biais d'une approche psychothérapique) ainsi qu'à connaître la maladie et son traitement, et d'intégrer la famille ou les proches dans le traitement. De manière générale, le traitement est conduit avec l'ambition d'atteindre le rétablissement, en mettant un accent particulier sur l'identification des ressources du patient (et non seulement de ses difficultés). On cherche ainsi à donner une vision réaliste, mais optimiste, de la situation et à travailler autant que possible en collaboration contractualisée avec le patient.

Cela se fait d'autant mieux qu'on favorise le contact avec les patients en leur proposant des soins dans leur milieu de vie. Ce travail est essentiellement assumé par les case managers (réfèrent thérapeutique principal, de profession infirmier, assistant social ou psychologue), véritable « fil rouge » de la prise en charge pluridisciplinaire, donnant une cohérence au suivi et faisant en sorte que le lien ne se rompe pas avec le patient. C'est aussi le case manager qui est en première ligne dans le traitement, tout en travaillant en équipe avec le médecin (et d'autres intervenants, si nécessaire). L'établissement de la relation et le sentiment pour le patient d'une continuité dans les soins sont facilités si le réfèrent est introduit très tôt dans le traitement, dès l'évaluation initiale. Il tient d'emblée un rôle central dans les décisions thérapeutiques, aussi bien en milieu intra qu'extrahospitalier et il reste impliqué dans le traitement aussi longtemps que le patient est pris en charge dans le programme (trois ans). En cas de crise, le case manager peut se rendre à domicile, jusqu'à un maximum de deux fois par semaine. Le reste du temps, il travaille sur un mode de consultations ambulatoires.

En plus de la prise en charge individuelle, le volet ambulatoire du programme propose un groupe multifamilial d'information et d'échanges spécifiquement destiné aux proches de jeunes patients développant un premier épisode psychotique et un groupe de réunion pour les patients dans le cadre duquel les multiples aspects de la maladie, des comorbidités, du traitement et du rétablissement sont abordés.

L'efficacité du traitement est évaluée cliniquement, mais également par le biais d'évaluations standardisées conduites par des psychologues (PANNS, échelles de fonctionnement, évolution de l'abus de substance) de manière à se fonder sur des critères objectifs d'évolution. L'évolution des patients est discutée après trois mois, douze mois et trente mois dans le contexte de réunions de bilan cliniques. Enfin, une évaluation des fonctions cognitives est proposée à tous les patients après trois mois de traitement dans le programme afin d'évaluer l'indication à la mise en route d'un traitement de remédiation cognitive [14].

Le pôle hospitalier

Les patients qui nécessitent une hospitalisation sont tous admis dans le même service qui ne reçoit que des personnes âgées de 18 à 35 ans présentant un trouble psychotique. L'équipe infirmière a reçu une formation de base focalisée sur les enjeux de l'intervention précoce et du traitement de la phase initiale des troubles psychotiques.

L'hospitalisation en milieu psychiatrique est un moment extrêmement critique, particulièrement s'il s'agit d'un premier épisode psychotique. Il est donc important qu'elle se passe de la meilleure façon possible. L'unité offre ainsi un programme de soins spécifiques adaptés aux troubles des

patients et à leur tranche d'âge. Des directives précises sont appliquées concernant la médication utilisée (préférence pour les antipsychotiques atypiques, à faible dose), le travail précoce avec la famille, l'implication rapide du référent ambulatoire et le recours au soutien des intervenants des SIM (suivi intensif dans le milieu, voir ci-dessous) de manière à écourter les séjours et à sauvegarder l'insertion du patient dans son milieu. Divers outils thérapeutiques ont été développés :

- programme d'activités quotidiennes. Il s'agit de groupes ouverts dans lesquels les patients sont invités à se rendre sans avoir à s'y engager durablement. On y trouve des groupes à médiation corporelle (activation physique, piscine, tai-chi-chuan), un groupe créatif (ergothérapie de groupe), un groupe récréatif (visionnage de DVD sur grand écran) et un groupe de discussion entre patients ;
- un groupe bihebdomadaire d'information aborde selon la demande des patients divers aspects de la maladie et de son traitement, en 6 modules – identification des symptômes, médicaments, modèle vulnérabilité-stress, rétablissement, abus de substance/alimentation et santé, dépression/sexualité ;
- diverses brochures ont été élaborées et sont mises à disposition des patients (information sur le premier épisode psychotique, cannabis et psychose, médication) ;
- une vidéo informe les patients à leur arrivée sur le fonctionnement de l'unité. Elle présente également l'hôpital aux patients qui n'y sont encore jamais allés et qui nécessitent un séjour.

Collaboration avec l'unité de suivi intensif dans le milieu (SIM)

Dans le contexte du développement des soins dans le milieu de notre Département de psychiatrie, le SIM a été créé en 2000 [15-17] pour le traitement des patients haut demandeurs de soin qui se soustraient aux suivis habituels et peinent à accéder aux soins dont ils ont besoin. Depuis le lancement du programme TIPP, le SIM a développé une spécificité dans le soin des psychoses débutantes et lui apporte la possibilité de proposer des évaluations à domicile. Il est en effet fondamental de se doter d'une structure permettant d'évaluer des situations cliniques dans le milieu, par exemple au cabinet du généraliste ou au domicile du patient, de manière à réduire la durée de psychose non traitée. Une telle évaluation peut déboucher sur une prise en charge à domicile (au début par le SIM) puis par le référent (une fois que la psychose est stabilisée), sur la mise en route directe de soins ambulatoires par un référent, sur une hospitalisation qui sera cependant moins traumatisante si elle peut être négociée ou discutée avec le patient. Le SIM peut être à nouveau impliqué si la situation se dégrade et demande un suivi rapproché que le référent ne peut assumer (plus de 2 visites par semaine à domicile) ou au cours de périodes critiques de transition telle que la

sortie de l'hôpital par exemple. Malgré cette intervention, le case manager reste le clinicien central dans la prise en charge du patient.

Impact sur l'engagement dans les soins et développements actuels

Cette organisation des soins porte visiblement ses fruits puisque le taux d'interruption de suivi a nettement diminué dans cette population de patients, actuellement situé à 10 %. Ce chiffre est à comparer avec le taux préalable de 50 % de rupture de suivi à Lausanne au moment du passage vers le suivi ambulatoire, et celui de 28 % sur 18 mois de suivi pour les patients dans un programme spécialisé australien par exemple [18].

Le succès de ce développement a conduit le département de la Santé publique et la direction du centre hospitalier universitaire vaudois à soutenir un projet d'implantation d'équipes mobiles et d'intervention précoce dans les autres secteurs du canton de Vaud.

Programme de recherche

Dès l'implantation du programme, nous avons également mis sur pied un système d'évaluation prospective afin de générer des données permettant un monitoring de l'implantation de ce dispositif de soins, mais également dans l'idée de récolter des données utiles pour la recherche. Outre des projets liés à l'évolution de cette cohorte de patients (par exemple étude du cheminement vers les soins, ou de la prévalence, des caractéristiques et des éventuels besoins spécifiques patients migrants qui représentent 45 % de nos patients), nous avons également mis en route des projets de recherche fondamentale en collaboration avec nos collègues psychologues, psychopharmacologues et neuroscientifiques [19-21].

Conclusions

La prise en charge de la phase précoce des troubles psychotiques nécessite une adaptation des modes de traitement qui passe par la modification de l'organisation des services de soins, la modification du contenu des soins et la modification de l'état d'esprit dans lequel ces soins sont prodigués. De telles adaptations ont un impact important sur l'accessibilité des soins et l'engagement des patients dans leur traitement. Des études randomisées récentes ont clairement démontré l'efficacité de tels modèles de soin [22, 23]. Considérant l'impact potentiel des troubles psychotiques qui émergent en grande majorité entre 15 et 25 ans, dans une phase critique de la vie, il est urgent de modifier l'organisation des soins en santé mentale et de les adapter aux besoins de ces patients.

Références

1. Ciompi L. Catamnestic long-term study on the course of life and aging of schizophrenics. *Schizophrenia Bulletin* 1980 ; 6 : 606-18.
2. Fallon IRH. Early intervention for first episodes of schizophrenia: a preliminary exploration. *Psychiatry* 1992 ; 55 : 4-15.
3. Loebel AD, Lieberman JA, Alvir JM, Mayerhoff DI, Geisler SH, Szymanski SR. Duration of psychosis and outcome in first-episode schizophrenia. *American Journal of Psychiatry* 1992 ; 49 : 1183-8.
4. Marshall M, Lewis S, Lockwood A, Drake R, Jones P, Croudace T. Association between duration of untreated psychosis and outcome in cohorts of first-episode patients: a systematic review. *Arch Gen Psychiatry* 2005 ; 62 : 975-83.
5. Schimmelmann BG, Lambert M, Cotton S, McGorry PD, Conus P. Impact of duration of untreated psychosis in an epidemiological first-episode psychosis cohort. *Journal of Psychiatric Research* 2008 ; 42 : 982-90.
6. Birchwood M, Todd P, Jackson C. Early intervention in psychosis. The critical period hypothesis. *Br J Psychiatry Suppl* 1998 ; 172 (Suppl. 33) : 53-9.
7. McGlashan TH, Johannessen JO. Early detection and intervention with schizophrenia: rationale. *Schizophrenia Bulletin* 1996 ; 22 : 201-22.
8. McGorry PD, Edwards J, Mihalopoulos C, Harrigan SM, Jackson HJ. EPPIC: an evolving system of early detection and optimal management. *Schizophrenia Bulletin* 1996 ; 22 : 305-26.
9. Zubin J, Spring B. Vulnerability: a new view of schizophrenia. *Journal of Abnormal Psychology* 1977 ; 86 : 103-26.
10. Yung AR, McGorry PD. The prodromal phase of first-episode psychosis: past and current conceptualisation. *Schizophrenia Bulletin* 1996 ; 22 : 353-70.
11. Yung AR, Yuen HP, McGorry PD, Phillips LJ, Kelly D, Dell'olio M, et al. Mapping the onset of psychosis: the comprehensive assessment of at-risk mental states. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry* 2005 ; 39 : 964-71.
12. Amminger GP, Schafer MR, Papageorgiou K, Cotton S, Harrigan SM, Mackinnon A, et al. Indicated prevention with long-chain omega-3 fatty acids in adolescents at ultra-high-risk for psychosis: a randomised, placebo controlled trial. *Early Intervention in Psychiatry* 2008 ; 2 (Suppl.) : A29.
13. Bonsack C, Pfister T, Conus P. Insertion dans les soins après une première hospitalisation dans un secteur pour une psychose. *Encéphale* 2006 ; 32 : 679-85.
14. Vianin P. Cognitive remediation: a new approach for treating schizophrenia. *Rev Med Suisse Romande* 2004 ; 124 : 217-9.
15. Bonsack C, Adam L, Haefliger T, Besson J, Conus P. "Difficult-to-engage" patients: a specific target for time limited assertive outreach in a Swiss setting. *Canadian Journal of Psychiatry* 2005 ; 50 : 845-50.
16. Bonsack C, Conus P. Accès aux soins et maintien dans la communauté des personnes difficiles à engager dans un traitement psychiatrique. *Revue Médicale de la Suisse Romande* 2004 ; 124 : 225-9.
17. Conus P, Bonsack C, Gommeret E, Philippon R. Le soutien psychiatrique intensif dans le milieu (SIM) à Lausanne : un projet pilote. *Revue Médicale de la Suisse Romande* 2001 ; 121 : 475-81.
18. Conus P, Lambert M, McGorry PD. Lost to follow-up and its consequences: predicting engagement with services for psychosis in the first 18 months following the initial psychotic episode. *Schizophrenia Research* 2004 ; 70 (Suppl.) : 33.
19. Lavoie S, Murray MM, Deppen P, Knyazeva MG, Berk M, Boulat O, et al. Glutathione precursor, N-Acetyl-Cysteine, improves mismatch negativity in schizophrenia patients. *Neuropsychopharmacology* 2008 ; 33 : 2187-99.
20. Berk M, Copolov D, Dean O, Lu K, Jeavons S, Schapkaitz I, et al. N-Acetyl Cysteine as a glutathione precursor for schizophrenia: a double blind randomised placebo controlled trial. *Biological Psychiatry* 2008 ; 64 : 361-8.
21. Gysin R, Kraftsik R, Sandell J, Bovet P, Chappuis C, Conus P, et al. Redox dysregulation in schizophrenia: convergent genetic and functional evidence for impaired glutathione synthesis. *PNAS* 2007 ; 104 : 16621-6.
22. Petersen L, Jeppesen P, Thoru A, Maj-Britt A, Johan O, Torben OC, et al. A randomised multicentre trial of integrated versus standard treatment for patients with a first episode of psychotic illness. *BMJ* 2005 ; 331 : 602.
23. Garety PA, Craig TKJ, Dunn G, Fornells-Ambrojo M, Colbert S, Rahaman N, et al. Specialised care for early psychosis: symptoms, social functioning and patient satisfaction. Randomised controlled trial. *British Journal of Psychiatry* 2006 ; 188 : 37-45.