

Le Case Management Dans La Psychose Debutante: Un Manuel

Texte original produit par EPPIC

Table Des Matieres

Comment utiliser ce manuel

Remerciements

Partie 1 : Psychose Debutante

1.1	Introduction au concept de psychose débutante	4
1.1.1	Définition, diagnostic	
1.1.2	Un nouveau regard sur la psychose	
1.1.3	Un modèle pour le rétablissement – les raisons de l’optimisme	
1.2	Les caractéristiques du premier épisode psychotique	8
1.2.1	Contexte développemental	
1.2.2	Restauration d’une trajectoire développementale	
1.3	Principes de l’intervention	11
1.3.1	Bénéfices de l’intervention précoce	
1.3.2	Buts de l’intervention précoce : une première expérience favorable	

Partie 2 : Introduction Au Case Management Dans La Psychose Debutante

2.1	Concept général du case management	12
2.2	Modèle de case management	13

Partie 3 : Pratique Du Case Management

3.1	Tâches et objectifs du case manager	15
3.2	Phase aiguë	17
3.2.1	Buts	
3.2.2	Évaluation régulière du status psychique	
3.2.3	Information et psychoéducation	
3.2.4	Adhérence à la médication et aux autres traitements	
3.2.5	Limitation de l’impact (« damage control »)	
3.2.6	Établissement d’une relation thérapeutique	
3.2.7	Adaptation psychologique	
3.3	Phase de rétablissement	27
3.3.1	Objectifs	
3.3.2	Phase de rétablissement précoce	
3.3.3	Défis cliniques durant la phase de rétablissement	
3.3.4	Phase tardive du rétablissement	
3.3.5	Retard de rétablissement	

Partie 4 : Problèmes Speciaux

4.1	Médication	34
4.2	Interventions psychothérapeutiques	36
4.2.1	Justification	
4.2.2	Thérapie cognitivo comportementale	
4.2.3	Promouvoir le changement	
4.2.4	Psychothérapie d'orientation cognitive	
4.3	Travail avec les familles	42
4.4	Problèmes culturels	44
4.5	Abus de substances	45
4.6	Troubles de personnalité	48
4.7	Psychoses affectives	48
4.8	Autres comorbidités psychiatriques	50
4.9	Prévention de la rechute	50
4.10	Prévention du suicide	53

Partie 5 : Un Contexte Pour Le Case Management

5.1	Continuité des soins	56
5.2	Charge de travail et base de données	56
5.3	L'équipe de case management	58
5.4	Formation continue et supervision	58
5.5	Évaluation	59

Partie 6 : Autres Lectures Et Reference

Traduction Philippe Conus, Agnès Maire, Andrea Polari



Partie 1: Psychose Debutante

1.1 Introduction A La Psychose Debutante

1.1.1 Definition, Diagnostic

Le traitement des personnes présentant une psychose débutante a suscité un grand intérêt depuis que l'on a réalisé que l'identification précoce des symptômes et qu'un traitement efficace pourraient améliorer l'évolution à long terme. Le terme « psychose » réfère à un groupe de troubles caractérisés par les éléments suivants:

- Mauvaise interprétation de la réalité. Ceci se reflète dans des symptômes tels que les hallucinations (troubles des perceptions) et les délires (troubles des croyances et de l'interprétation de l'environnement)
- Désorganisation du discours (troubles formels de la pensée) et autres troubles cognitifs.

Bien qu'il n'existe pas de définition unique de la « psychose débutante », on considère que cette phase comprend:

- La phase de prodrome, au cours de laquelle on observe des changements dans le comportement et le fonctionnement de l'individu, sans que les symptômes psychotiques ne soient encore présents;
- La période qui va jusqu'à 5 ans après le développement du premier épisode psychotique.

La psychose est un syndrome (un groupe particulier de symptômes) qui peut résulter de différents facteurs (Tableau 1). Il est important de relever que la schizophrénie n'est qu'une parmi de multiples conditions associées à la présence de symptômes psychotiques. Un diagnostic précis peut être difficile à poser au cours de cette phase précoce, et le diagnostic préliminaire peut être modifié et affiné au fil du temps, à mesure que les diverses caractéristiques du trouble deviennent apparentes.

Le fait de poser un diagnostic trop précis dans cette phase précoce des troubles psychotiques peut avoir des effets négatifs. Par exemple, parler prématurément de schizophrénie peut stigmatiser inutilement un patient et sa famille, et peut être associé à une vision inutilement pessimiste de l'évolution potentielle de la situation. En fait, un

TABLEAU 1 : Conditions associées à des symptômes psychotiques

TROUBLES PSYCHOTIQUES, PAR EXEMPLE
Schizophrénie
Trouble schizophréniforme
Trouble schizoaffectif
Trouble délirant
Trouble psychotique transitoire
Trouble psychotique induit par un abus de substance
PSYCHOSES ORGANIQUES
Delirium
Démence
Lésion cérébrale focale
TROUBLES AFFECTIFS
Manie
Dépression majeure

premier épisode psychotique peut évoluer de diverses façons et plusieurs aspects du trouble répondent très bien à des approches appropriées. Il est préférable de susciter l'espoir plutôt que le pessimisme, pour autant que l'absence d'un diagnostic précis dans cette phase de la maladie ne retarde pas le début d'un traitement efficace.

Quel que soit le diagnostic, les patients souffrant de psychose se trouvent pour la plupart dans un état de détresse important, en partie du fait de l'impact considérable que le trouble peut avoir sur leur vie, et ils ont besoin d'aide.

Il faut relever que les critères diagnostiques des troubles mentaux ne sont pas statiques : ils se modifient au cours du temps, et des classifications différentes peuvent être employées selon les pays. Un de ces systèmes de classification, le « Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM), développé par l'American Psychiatric Association (APA), est révisé régulièrement, et la dernière version utilisée est la quatrième édition (DSM-IV), publiée en 1994. La Classification International des Maladies (CIM), système de classification promu par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) en est actuellement à sa 10ème édition (CIM-10).

1.1.2 Un Nouveau Regard Sur La Psychose

Au cours du 19ème siècle, Morel, psychiatre français, introduisit le terme « démence précoce » pour caractériser ce que nous appelons actuellement la schizophrénie. Emile Kraepelin affina la définition en introduisant la notion d'un cours chronique et d'une évolution vers la détérioration progressive. Ce préjugé d'une évolution vers la détérioration inéluctable à long terme a persisté pratiquement tout au long du 20ème siècle, mais il a été récemment remis en question. Certains des aspects inexacts de cette vision pessimiste des troubles psychotiques en général, et de la schizophrénie en particulier sont résumés dans le Tableau 2.

Tableau 2 : Inexactitudes dans le concept kraepelinien de la psychose (McGorry 2000)

Contrairement au point de vue de kraepelin :

- Les psychoses ont un cours variable, et toutes n'évoluent pas fatalement vers la détérioration.
- Une partie des patients ne présentent qu'un seul épisode psychotique.
- Seule une partie des patients ont une évolution défavorable.
- La psychose est un syndrome qui comprend d'autres entités que la schizophrénie.
- Les diagnostics spécifiques tels que schizophrénie, trouble bipolaire ou trouble schizoaffectif ne sont ni clairement définis ni stables dans le décours d'un premier épisode psychotique.

Système bio-psycho-social

Les approches contemporaines de la psychose soulignent le fait que la maladie évolue avec le temps, et que cette évolution est en relation étroite avec le développement de l'individu et de son environnement. On peut considérer que chaque personne fonctionne à l'intérieur d'un système dynamique composé d'éléments biologiques, psychologiques et sociaux – le système bio-psycho-social.

- Les facteurs **biologiques** comprennent le patrimoine génétique, les mécanismes physiologiques et biochimiques, et la constitution physique de l'individu.
- Les facteurs **psychologiques** comprennent le contexte dans lequel l'individu a été élevé, ses expériences émotionnelles et ses interactions avec les autres.
- Les facteurs **sociaux** sont constitués par la situation de vie du patient et son contexte socioculturel.

Les liens entre les divers éléments du système bio-psycho-social peuvent être gravement perturbés par la survenue de la psychose. Par exemple, l'impact biologique d'un épisode psychotique va être compliqué par la réaction psychologique du patient, et par l'impact de l'épisode sur les facteurs environnementaux tels que les relations avec la famille et les amis ou sur les études ou le travail.

Le fait de prendre en compte les interactions qu'il y a entre les éléments biologiques, psychologiques et sociaux peut permettre :

- L'analyse des facteurs qui peuvent avoir contribué à la survenue de l'épisode psychotique
- L'identification des domaines de la vie du patient qui peuvent être affectés par la survenue de l'épisode
- L'adaptation de l'intervention de manière à restaurer les domaines qui ont été le plus touchés par la survenue de la psychose.

Morbidité primaire et secondaire

La morbidité primaire découle directement de la psychose (comme par exemple la détresse que peut éprouver le patient lors de la survenue d'hallucinations, de délires et de désorganisation de la pensée). La morbidité secondaire découle de facteurs tels que la réaction qu'a l'individu face à la psychose, ses conséquences pratiques, et son traitement. La distinction entre morbidité primaire et secondaire

permet une meilleure compréhension de la psychose et de son impact, ainsi que le développement de stratégies visant l'amélioration de son évolution.

Un exemple

Un gymnaste présente des troubles de la concentration durant une période de psychose active, qui interfèrent avec sa capacité à étudier pour un examen important. L'échec aux examens entraîne ensuite le développement de symptômes dépressifs.

Les troubles cognitifs constituent la morbidité primaire; les morbidités secondaires comprennent la détérioration des performances scolaires et la réaction dépressive face à l'échec.

Le modèle stress-vulnérabilité

Dans le contexte d'une approche bio-psychosociale de la psychose on considère que la « cause » de la maladie comprend habituellement davantage que les seuls facteurs biologiques.

On considère actuellement que le début de la psychose implique l'action d'un facteur de stress sur un terrain de vulnérabilité. Les causes possibles de vulnérabilité comprennent le patrimoine génétique du sujet, ou les événements survenus au cours de son développement. Plus un individu est vulnérable, moins l'intensité du stress requise pour entraîner la survenue des symptômes sera élevée. La prise en considération des facteurs de stress biologiques, psychologiques et sociaux, ainsi que de la vulnérabilité sous-jacente, devraient favoriser le développement d'un plan de traitement optimal et augmenter les chances de guérison.

1.1.3 Un Modèle Pour Le Rétablissement – Les Raisons De L’optimisme

La psychose n’est plus considérée comme un trouble conduisant inévitablement vers la détérioration. Au contraire, un taux important de rétablissement et un degré considérable d’amélioration s’observent chez la majorité des patients. Cependant, il est indéniable que la récurrence de symptômes psychotiques est fréquente dans certaines formes de psychoses comme la schizophrénie. Par exemple, Robinson et al. (1999) ont observé que 16% des patients rechutaient dans les 12 mois qui suivaient un premier épisode psychotique, et qu’après 5 ans, 82% des patients avaient rechuté.

Il est utile de considérer le cours de la maladie comme la succession d’une série de phases allant du prodrome à la guérison.

Prodrome

Chez la majorité des patients qui souffrent de psychose, on peut rétrospectivement identifier une période au cours de laquelle leur comportement s’est modifié et les symptômes prépsychotiques se sont manifestés. Le prodrome, qui peut durer pendant plusieurs années, peut être considéré comme la manifestation la plus précoce du trouble psychotique.

Phase aiguë

La phase aiguë est caractérisée par la présence de symptômes psychotiques tels que délires, hallucinations et troubles formels de la pensée. Des troubles co-morbides (c’est à dire co-existants) tels que la dépression, les troubles obsessionnels-compulsifs, un état de stress post traumatique, des troubles anxieux, un abus de substance ou des troubles de la personnalité, peuvent également être présents.

L’apparition des symptômes psychotiques est habituellement l’événement par lequel le patient entre en contact avec les services de santé mentale. Les buts du traitement comprennent la résolution des symptômes psychotiques aigus, la prévention et le traitement des troubles co-morbides et l’établissement d’une base permettant de construire la guérison psychosociale.

Dans 85 à 90% des cas, la rémission des symptômes positifs est atteinte dans les 6 premiers mois, si un traitement antipsychotique adéquat est administré (Lieberman et al, 1993; Power et al, 1998).

Phase de rétablissement

La phase de rétablissement peut être subdivisée en 2 phases :

- Phase de rétablissement précoce, qui comprend les 6 premiers mois après la phase aiguë de traitement;
- Phase de rétablissement tardive qui, typiquement, s’étend jusqu’à 18 mois après le début du traitement.

L’objectif du traitement, dans la phase de rétablissement, est d’aider les patients qui ont traversé un épisode psychotique à donner du sens et à comprendre leur maladie, ainsi qu’à développer des ressources qui les aideront à atteindre leurs objectifs dans le futur.

Le développement d’un plan de traitement et de soutien à long terme est un élément essentiel de la phase de rétablissement tardive. La possibilité d’une rechute doit être envisagée, et une stratégie doit être élaborée pour le cas où le patient devrait y faire face.

1.2 Caractéristiques Du Premier Episode Psychotique

1.2.1 Contexte Developmental

Le premier épisode psychotique survient habituellement à la fin de l'adolescence ou au début de l'âge adulte. Cette période coïncide avec une phase critique du développement, si bien que les changements psychologiques et sociaux qui surviennent normalement au cours de cette phase doivent être pris en compte lors de l'évaluation et du traitement. La période qui va de l'âge de 17 à 22 ans a été définie comme la « phase de transition à l'âge adulte ». Certains des principaux enjeux de cette phase du développement sont listés dans le Tableau 3.

L'adolescence et le début de l'âge adulte constituent une période au cours de laquelle le sujet peut « montrer ses muscles » et acquérir un certain contrôle sur divers éléments de sa vie. Le cercle des copains devient plus important et permet le développement d'une identité sociale. Ce processus implique à la fois de se mêler aux autres, de les influencer, mais également de parvenir à s'individualiser.

TABLEAU 3:
Principaux objectifs de développement au cours de la phase de transition à l'âge adulte

- | |
|--|
| • Individualisation de la famille |
| • Développement d'intérêts, de hobbies et de compétences |
| • Découverte et expérimentation de la sexualité |
| • Développement et maintien de relations |
| • Entrée dans la vie professionnelle ou dans les études universitaires |

L'impact de la survenue de la psychose a été décrit par Jackson et al. dans les termes suivants :

« L'effet de la survenue de la psychose sur le self et sur le développement peut être cataclysmique, entraînant le déraillement, l'amputation ou la paralysie de la trajectoire de développement de la personne. La psychose peut changer ou altérer la façon du sujet à construire sa personne, son environnement et son futur. Cet aspect dévastateur est d'autant plus marqué quand la personne est relativement jeune et immature. »

(Jackson et al, 1999)

Les personnes souffrant de psychose sont souvent désorientées et traumatisées par ce qui leur arrive. Chez les jeunes, la situation est compliquée par les facteurs suivants :

- Une forte incidence d'abus de substances (qui complique également à la fois le diagnostic et le traitement);
- Un manque de connaissance de ce que sont les services de soin en général, ceux dévolus à la santé mentale en particulier, ce qui peut augmenter l'aspect inquiétant de la situation;
- La stigmatisation de la maladie mentale;
- La crainte de l'hospitalisation;
- Le recours au déni comme mécanisme de défense face à la maladie;
- Le sentiment d'invulnérabilité des jeunes et leur difficulté à accepter qu'ils puissent aller mal et avoir besoin de traitement.

1.2.2 Retablissement De La Trajectoire Developpementale

De manière générale, tous les adolescents et les jeunes adultes franchissent les diverses étapes de développement dans un ordre similaire. Par conséquent, tous les jeunes gens ont un comportement et des attentes comparables à celles de leurs camarades.

La perturbation de ce développement « normal » peut avoir pour conséquence que le jeune adulte ne soit plus en phase avec les autres, qu'il s'isole socialement et qu'il se démoralise. De plus, dévier de la trajectoire d'un développement normal risque de réduire fortement les chances de succès dans le futur.

Une intervention efficace peut permettre de récupérer un développement social et psychologique normal. Certains éléments de la littérature suggèrent également la possibilité d'un bénéfice biologique à long terme d'une intervention efficace dans la phase précoce des troubles psychotiques comme, par exemple, l'hypothèse selon laquelle l'état psychotique est « toxique » pour le cerveau et qu'il peut ainsi avoir des effets négatifs permanents (Wyatt, 1991).

Un exemple

David, âgé de 18 ans, présente une désorganisation sévère, des hallucinations auditives et un état dépressif.

David rapporte que les symptômes sont apparus 2 ans plus tôt, quand il utilisait de fortes quantités de cannabis. Les symptômes fluctuaient, mais progressivement, il eut de plus en plus de peine à supporter de vivre avec d'autres personnes et décida de quitter l'appartement qu'il partageait avec des camarades pour s'installer dans une chambre d'hôtel. Il perdit peu à peu le contact avec tous ses amis, et devint déprimé. Ses pensées devinrent de plus en plus désorganisées, et il ne savait pas comment faire pour demander de l'aide. Pendant cette période, David développa également des symptômes obsessionnels compulsifs sous forme de préoccupations handicapantes au sujet de risques d'infection et de besoins de propreté.

David reçut finalement un traitement pour son trouble psychotique, mais il fallut 6 mois pour que les symptômes disparaissent. Une fois les symptômes psychotiques disparus, il se sentit « vide » et « perdu », puisqu'il avait le sentiment de ne plus avoir de buts, plus d'amis, plus de soutien social et plus d'espoir d'emploi.

Par le biais du programme de réhabilitation professionnelle du service de santé mentale, il parvint finalement à trouver un emploi de peintre en bâtiment qui déboucha sur une formation.

Le cas de David illustre l'étendue de l'impact que peut avoir un premier épisode psychotique chez une jeune personne. La présence d'une longue période de prodrome met en évidence les bénéfices potentiels de la détection plus précoce du trouble et d'une intervention qui permettrait de prévenir la désintégration du fonctionnement social et psychologique.

Plus l'écart se creuse entre le développement de l'individu et la trajectoire normale de ses pairs, plus il est difficile de le combler, puisque plusieurs des étapes de développement sont liées à l'âge.

Les divers aspects de l'impact d'un premier épisode psychotique chez un sujet jeune sont résumés dans le Tableau 4.

TABLEAU 4 : Impact de la psychose non traitée chez une personne jeune
SOCIAL :
<ul style="list-style-type: none"> • Perturbation des relations interpersonnelles (famille, camarades).
<ul style="list-style-type: none"> • Perturbation des études et/ou de la trajectoire professionnelle.
<ul style="list-style-type: none"> • Risques associés au fait d'être sans abri.
PSYCHOLOGIQUE
<ul style="list-style-type: none"> • Détresse, démoralisation et perte de confiance en soi.
<ul style="list-style-type: none"> • Dépression, suicide.
<ul style="list-style-type: none"> • Perturbation du développement de la personnalité.
<ul style="list-style-type: none"> • Anxiété (par exemple, phobie sociale ou état de stress post-traumatique).
BIOLOGIQUE
<ul style="list-style-type: none"> • « Toxicité » de l'épisode psychotique (Wyatt, 1991).
<ul style="list-style-type: none"> • Impact plus marqué de la psychose sur un organisme jeune, et chances plus faibles de récupération.
<ul style="list-style-type: none"> • Risque de moins bonne santé physique.
<ul style="list-style-type: none"> • Risque plus élevé de développement d'abus de substance.

1.3 Principes De L'intervention

1.3.1 Benefices De L'intervention Precoce

Les bénéfices potentiels du diagnostic précoce d'un premier épisode psychotique et d'un traitement efficace précoce comprennent la réduction :

- de la perturbation des relations familiales
- de la perturbation des études et de la trajectoire professionnelle
- du besoin de traitement intra-hospitalier
- du besoin de hautes doses d'antipsychotiques
- du risque de rechute
- du risque de suicide
- du coût total du traitement

Plusieurs facteurs contribuent à retarder le diagnostic et l'accès au traitement :

- Méconnaissance des symptômes de la phase prodromique des psychoses
- Méconnaissance des symptômes psychotiques précoces
- Mauvaise connaissance des services de santé mentale disponibles
- Mauvaise accessibilité de ces services
- Stigmatisation associée à la maladie mentale
- Crainte face au traitement

1.3.2 Buts De L'intervention Precoce : Une Première Experience Favorable

Le début du traitement d'un premier épisode psychotique constitue souvent le premier contact de la jeune personne avec un service de santé mentale. Rendre cette première rencontre positive est d'une importance considérable. La psychose constitue une expérience traumatisante en soit, et le fait que ce premier traitement soit une expérience positive facilite l'engagement dans le traitement et optimise les chances de récupération. De plus, un contact précoce avec les services de santé mentale devrait véhiculer un message d'espoir et minimiser l'impact de l'épisode sur l'estime de soi.

Par contre, si le processus d'accès aux soins, le début du traitement ou l'hospitalisation sont des événements effrayants ou désagréables, le patient hésitera probablement à demander de l'aide à nouveau si les symptômes devaient réapparaître.

Les patients qui souffrent de psychose sont souvent traumatisés par leur expérience de la maladie. Leur perception de la maladie mentale (qui reflète souvent ce qu'elle est dans la population générale), est généralement très négative, ce qui peut entraîner une tendance au déni. Dans de telles circonstances, la fuite et le refus du traitement surviennent fréquemment, ce qui entraîne une prolongation néfaste de la durée de psychose non traitée.



Partie 2: Introduction Au Case Management Dans La Psychose Debutante

2.1 Concept General Du Case Management

Le terme « case management » a été introduit en psychiatrie dans les années 60, au début du mouvement qui visait à fermer les grandes institutions psychiatriques dans le but de déplacer progressivement les soins psychiatriques dans la communauté (désinstitutionalisation) (Ryan et al, 1991). Ce terme se rapportait initialement au processus qui visait à éviter la fragmentation des soins communautaires disponibles, et à fournir un point de coordination pour les soins de patients présentant des problèmes complexes qui justifient l'engagement de plusieurs intervenants (Harris & Bergman, 1993). Depuis lors, un consensus s'est dégagé concernant les éléments essentiels du case management, et ceux-ci sont résumés dans le Tableau 5.

TABLEAU 5 : Caractéristiques essentielles du case management (Holloway et al, 1995)

- Evaluation des besoins du patient
- Développement d'un plan de soin permettant de répondre à ses besoins
- Organisation de l'accès aux divers éléments de soin
- Contrôle et évaluation des soins
- Evaluation et suivi du patient

La qualité de la relation entre le clinicien et le patient est cruciale pour le traitement. Le case manager doit parvenir à créer un contact authentique avec son patient qui vit un trouble psychotique (empathie), respecter les expériences que ce dernier vit, les préoccupations qu'il peut éprouver et le soutenir dans ses tentatives de se confronter à la réalité. La relation est facilitée si le case manager est introduit très tôt dans le traitement, voire même lors de l'évaluation initiale. Le case manager doit tenir un rôle central dans les décisions, aussi bien en milieu intra qu'en milieu extra hospitalier, et il doit rester impliqué avec le patient et la famille aussi longtemps que dure le traitement dans le programme ou le service concerné.

Les éléments que les patients et leurs familles considèrent comme importants dans la relation avec un case manager sont résumés dans le Tableau 6.

TABLEAU 6 : Éléments importants dans la relation entre le case manager et le patient (Edwards et al, 1999)

- **Accessibilité :** Le patient et sa famille doivent savoir qu'ils peuvent contacter le case manager si une crise survient.
- **Flexibilité :** Le case manager doit s'adapter aux besoins changeants du patient et de sa famille plutôt qu'appliquer des règles de manière dogmatique.
- **Maintien de l'optimisme :** Promouvoir la guérison et considérer le patient comme un partenaire activement impliqué dans le processus de récupération.
- **Compétence :** Le case manager doit avoir la formation, les connaissances et les capacités nécessaires.

Selon Rosen (1994) : « Le case management est la pierre angulaire d'un service, puisque tous les autres éléments constituant du service dépendent de lui pour intégrer et coordonner tous les éléments du traitement de manière à ce qu'ils répondent aux besoins spécifiques d'un patient individuel. Dans ce sens, un case manager est bien plus qu'un organisateur des soins, non pas un agent de voyage, ni un compagnon de voyage, mais plutôt un guide de voyage. Il doit combiner les rôles d'un clinicien, d'un agent de réhabilitation, d'un conseiller, d'un avocat et d'un allié de confiance. »

Les case managers portent une responsabilité importante. Selon Rosen, « ce n'est pas son rôle de tout faire, mais de faire en sorte que tout soit fait. »

2.2 Modele De Case Management

Le case management peut se conduire selon deux modèles principaux : celui du case management de « représentation » et celui du case management « thérapeutique ».

- Dans le modèle du « représentant », le case manager organise les soins qui sont prodigués par les autres, et fait en sorte que le patient puisse accéder aux soins.
- Dans le modèle de case management « thérapeutique », il s'agit, en tant que clinicien, de jouer le rôle d'un thérapeute de premier recours.

Il est possible de combiner les divers éléments des deux modèles, ce qui permet un certain degré de flexibilité dans les interventions et de les adapter aux divers stades de la récupération. Les diverses étapes de cette approche peuvent inclure :

- Représentant actif du patient dans la phase aiguë de psychose (si nécessaire)
- Engagement avec le patient
- Développement d'une relation thérapeutique de collaboration avec le patient
- Retour à un rôle de représentant dans la phase de rémission, une fois que le patient a reçu les informations et qu'il est en mesure de se prendre en charge de manière indépendante.

Ce guide part du principe que le case management dans la phase précoce des troubles psychotiques se base sur le modèle « thérapeutique » dans le cadre d'un concept bio-psychosocial dans lequel les problèmes biologiques, psychologiques et sociaux sont abordés simultanément. De plus, le case manager peut également agir comme représentant du patient dans certaines occasions.

Representation Active

Le rôle de représentant actif peut commencer dès le premier contact avec le service de santé mentale, et cette fonction peut se poursuivre durant toute la période du traitement. Ce rôle nécessite un bon équilibre entre une attitude permettant l'établissement d'un processus thérapeutique et une autre, plus directive d'action thérapeutique.

Un exemple

Au moment de l'admission d'une jeune fille pour un premier épisode psychotique, le case manager demanda l'accord de la patiente pour téléphoner à son employeur, lui expliquer la situation, et lui demander de garder le poste de travail. Le case manager était la personne la plus appropriée pour remplir cette tâche, la patiente n'allant pas bien et la famille étant encore sous le choc et dans la confusion quant à la signification et aux implications de cet épisode psychotique. Le case manager put informer l'employeur adéquatement, et l'aider à comprendre ce qui se passait, ainsi que le potentiel d'une bonne récupération.

Ce rôle de représentant peut également s'appliquer plus tard dans le traitement, dans la phase de récupération comme, par exemple, lorsqu'il s'agit de référer le patient vers un autre service, faciliter le retour graduel aux études ou au travail, ou négocier avec les services sociaux et administratifs.

Engagement

L'engagement est un préalable nécessaire à l'établissement d'une relation thérapeutique, et il est un élément vital pour que le premier contact se passe de façon positive. Le lien avec le patient est souvent ténu et très fragile, du fait même de la nature du trouble, de l'âge qu'ont habituellement les patients, et des stéréotypes négatifs de la population à l'égard de la maladie mentale. Le risque est grand que le patient cherche à fuir si l'information ou les événements associés avec les premiers contacts avec le case manager conduisent à des réponses catastrophistes, négatives ou traumatisantes.

Relation Thérapeutique Collaborative

La relation thérapeutique de collaboration est une alliance dans le contexte de laquelle le patient et le case manager travaillent en collaboration vers l'objectif de la guérison. Une implication active du case manager va permettre que la progression se passe de manière appropriée et sans délai inutile.

Cette alliance thérapeutique vise à aider le patient à se responsabiliser et à prendre un rôle actif et indépendant dans le traitement. Le case manager offre un cadre pour la compréhension des buts du traitement et guide le patient de manière à ce qu'il les atteigne. Ensemble, ils peuvent faire en sorte que les buts généraux du traitement correspondent à ceux, plus spécifiques, de l'individu. La relation devrait évoluer naturellement d'une situation initiale, dans laquelle le case manager prend les initiatives, vers une autre où prédomine la collaboration, pour atteindre enfin une phase finale au cours de laquelle le patient est capable de travailler de manière indépendante. On trouvera plus d'informations quant au développement d'une relation thérapeutique dans le chapitre 3.2.6.



Partie 3: Pratique Du Case Management

3.1 Taches Et Objectifs Du Case Manager

Diviser les tâches du case manager en fonction des diverses étapes des psychoses débutantes facilite la description des principes qui les sous-tendent et permet de rappeler qu'en général, on s'attend à ce que le patient guérisse. À chaque phase, le case manager doit viser les buts à long terme que sont la guérison et la prévention de la rechute. Certaines tâches de base, telles que l'évaluation de l'état mental et la psycho-éducation, sont des processus continus qui s'appliquent à chacune des étapes.

Par « phase aiguë », on entend typiquement les premières semaines; la phase de récupération précoce va approximativement du premier au troisième mois, et la phase de récupération tardive peut s'étendre jusqu'au 12ème mois, bien que ces

étapes puissent varier grandement d'un patient à l'autre (Edwards et al, 1999). L'équipe soignante – qui inclut d'autres thérapeutes importants en plus du case manager – peut rencontrer le patient et sa famille jusqu'à deux ou trois fois par semaine durant la phase aiguë, une à deux fois par semaine pendant la phase de récupération précoce, et une fois par semaine ou par quinzaine pendant la phase de récupération tardive. D'autres formes de soutien, comme par exemple, être disponible au téléphone, peuvent permettre une utilisation optimale des ressources.

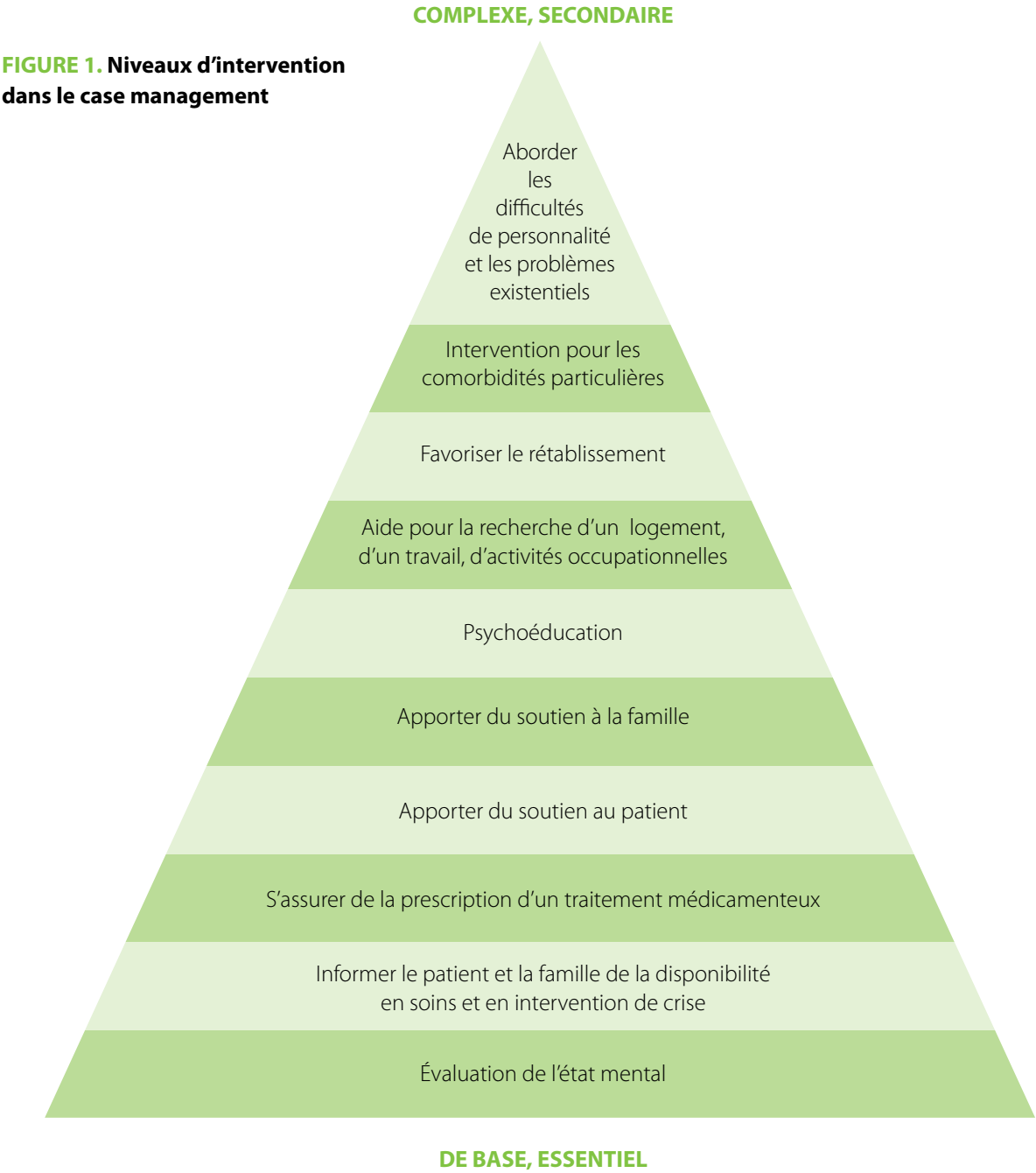
Les objectifs pratiques du case manager sont résumés dans le Tableau 7.

TABLEAU 7 : Objectifs pratiques du case management

- | |
|--|
| <ul style="list-style-type: none"> Assurer l'évaluation continue de l'état mental du patient. |
| <ul style="list-style-type: none"> S'assurer que le patient et sa famille sont suffisamment informés au sujet de la nature de la maladie et de son traitement. |
| <ul style="list-style-type: none"> Contribuer à la minimisation de la durée de psychose active. Ceci comprend la facilitation de l'utilisation optimale de la médication. |
| <ul style="list-style-type: none"> Diminuer la traumatisme et l'anxiété lorsqu'une admission en milieu hospitalier est nécessaire. |
| <ul style="list-style-type: none"> Mettre le patient en contact et faciliter le traitement des morbidités secondaires et des co-morbidités. |
| <ul style="list-style-type: none"> Contribuer à limiter l'impact négatif de la maladie sur l'environnement psychosocial du patient, par exemple sur les relations, le logement, l'éducation ou l'emploi, et la sécurité financière. |
| <ul style="list-style-type: none"> Promouvoir le rétablissement du patient, sa réintégration sociale et la restauration d'une trajectoire normale de développement. |

La Figure 1 est une autre façon de décrire le rôle pratique du case manager, en commençant par les tâches de base, telles l'évaluation de l'état mental. Les objectifs plus complexes comprennent les interventions pour les comorbidités ou le traitement des troubles de la personnalité. Le degré dans lequel ces tâches pourront être remplies dépend de divers facteurs, parmi lesquelles la nature et la sévérité du trouble que présente le patient, la réponse au traitement, l'étendue des difficultés médicales, psychologiques et sociales associées, la structure du service de santé mentale et les ressources à disposition.

La suspicion d'un premier épisode psychotique doit être considérée comme une urgence psychiatrique. L'évaluation initiale devrait se dérouler dans un endroit où la personne se sent en sécurité. Toute décision de traitement devrait, dans la mesure du possible, se prendre en impliquant le patient et la famille.



3.2 Phase aigue

3.2.1. Objectifs

Les objectifs du case manager dans la phase aigüe, qui seront développés plus loin, sont les suivants :

- S'assurer qu'une évaluation détaillée a été conduite (y compris une évaluation du risque auto et hétéro-agressif) et qu'un résumé de cas a été produit.
- Fournir une information suffisamment détaillée au patient et à sa famille (psycho-éducation).
- Encourager l'adhérence au traitement, y compris médicamenteux.
- Faire en sorte de limiter l'impact immédiat de la maladie sur la sphère sociale et du développement, comme par exemple les relations sociales et les études ou le travail.
- Etablir une bonne relation thérapeutique.
- Débuter le travail d'adaptation psychologique à l'expérience psychotique, si les circonstances le permettent.

3.2.2 Evaluation Reguliere De L'état Mental (Status Psychique)

L'évaluation répétée de l'état mental du patient est un élément essentiel du case management. Bien qu'elle soit le plus souvent partagée par plusieurs membres de l'équipe pluridisciplinaire, le case manager doit s'assurer que cette tâche soit régulièrement remplie.

Il est en effet impossible de contrôler les symptômes psychotiques et de faciliter la récupération si l'équipe n'a pas une bonne connaissance de l'état mental du patient et de son évolution ainsi que des risques (auto agressif par exemple) qui y sont associés.

Il faut s'attendre à ce que l'état mental varie au cours du temps, en particulier dans la phase précoce, si bien qu'une évaluation répétée est nécessaire. Bien que le diagnostic puisse initialement être incertain et instable, il est important de pouvoir disposer d'une hypothèse de travail sur la nature de la maladie et d'accepter qu'elle doive être modifiée ou affinée au fil du temps.

L'évaluation de l'état mental doit être conduite, quelle que soit la qualité de la relation thérapeutique entre le case manager et le patient.

Les éléments qu'il faut évaluer sont décrits dans le Tableau 8. Des échelles standardisées, telles que le Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS), peuvent aider à faire une évaluation complète et à enregistrer les résultats. La BPRS a été développée avant tout pour mesurer l'évolution de l'état des patients hospitalisés et se trouve dans les Appendices de ce document (7.1).

TABLEAU 8 : Domaines d'évaluation de l'état mental

PROBLEMES PERCUS PAR LE PATIENT
Prendre bonne note de la façon dont le patient décrit le problème
ANAMNESE ACTUELLE
Durée de psychose non traitée
Facteurs de crise (stress, traumatisme, abus de substances, maladie)
HISTOIRE BIOPSYCHOSOCIALE
Facteurs de vulnérabilité pour la psychose
STATUS MENTAL
Considérer l'utilisation d'un interview structurée tel que la BPRS
IMPACT DES SYMPTÔMES
Type de réaction (repli sur soi, abus de substances)
Relations (amis, famille), risque de stigmatisation
RISQUE
Risque de comportement violent: le case manager doit penser à ne pas prendre de risque !
Réponse aux hallucinations
Risque suicidaire ou auto-agressif
Détérioration, désorganisation
Risque de fugue ou de rupture avec le traitement
AUTRES PROBLEMES
Attitude à l'égard du traitement (patient et famille)
Comorbidités : abus de substance, problème de psychiatrie légale, trouble de la personnalité, trouble affectif (dépression, manie), trouble anxieux.
Personnalité, mécanismes de défense, fonctionnement pré-morbide
Facteurs protecteurs
Conséquences du trouble pour la famille
Traitements antérieurs, en particulier médication : adhérence au traitement, efficacité des médications utilisées, attitude face à la médication
Résultats de l'examen somatique et des tests de laboratoire

3.2.3 Information Et Psycho-Éducation

La survenue d'un premier épisode psychotique a de très grands risques de constituer un événement dramatique pour le patient, ainsi que sa famille et ses proches. L'absence de connaissance de la maladie mentale, des traitements possibles, du pronostic et des ressources disponibles, ajoutent à la confusion et à l'anxiété.

Le fait d'informer, adéquatement et au bon moment, est un rôle fondamental du case manager. Il est probable que d'autres intervenants professionnels soient aussi amenés à donner des informations, raison pour laquelle il est important de travailler en équipe et de manière bien coordonnée, de manière à donner des informations cohérentes. Le patient et sa famille ont besoin de réponses à leurs soucis immédiats et d'informations relatives à la nature de la maladie, son traitement et son pronostic.

La psycho-éducation dans la phase aiguë comprend les éléments suivants :

- Une explication sur ce que l'on entend par « psychose »
- Une description des causes possibles de la maladie et du caractère incertain et instable du diagnostic dans la phase initiale
- Les raisons qui justifient le recours à des médicaments
- Des informations sur l'évolution de la maladie (ses divers stades)
- Un discours rassurant sur la probable survenue d'une rémission
- Une remise en question des idées préconçues négatives à l'égard de la maladie mentale
- L'explication du modèle « stress-vulnérabilité »

Du fait de l'importance de la détresse qui accompagne la survenue d'un premier épisode psychotique, il est important d'insister sur le fait que la guérison est probable, et que la rémission des symptômes survient dans la majorité des cas. Cette vision optimiste peut également se construire progressivement alors que la guérison progresse. Il est également utile, même à ce stade, de clarifier quel est le parcours habituel des patients dans le service de santé mentale, ce d'autant plus si le patient va bénéficier d'un traitement spécialisé dans un programme pour psychose débutante dont la durée est limitée.

La capacité des patients et des familles à intégrer les informations varie selon les circonstances, le niveau d'éducation et la présence ou non de mécanismes tels que le déni, ou des conflits au sein de la famille. Il est donc important de répéter les informations si nécessaire. Dans cette phase, il est également bénéfique d'utiliser la brochure d'information sur la psychose débutante (traduction Dr Haefliger, SIM).

Les case managers doivent être bien informés sur les ressources disponibles dans leur service de santé mentale (brochures, livres, vidéos, cassettes audio, sites internet, groupes de proches, tels que le GRAAP, l'Ilot).

Quelques principes de psychoéducation sont résumés dans le Tableau 9.

TABLEAU 9 : Principes de psycho-éducation

L'information doit être introduite de manière :

- graduelle
- assimilable

... et quand le patient et sa famille sont prêts à la recevoir.

Il est souvent nécessaire de répéter l'information plus tard dans l'évolution de la maladie. Le niveau de compréhension peut être évalué en demandant au patient ou à ses proches de reformuler les informations avec leurs propres termes.

L'information en elle-même peut ne pas être suffisante pour entraîner le changement voulu, certaines dynamiques psychologiques pouvant agir comme une barrière au changement.

Le Tableau 10 propose quelques concepts qui peuvent permettre de structurer le processus de psychoéducation :

Tableau 10 : Concepts à aborder dans le contexte de la psycho-éducation
• Information générale concernant le processus de traitement et les droits du patient
• Diagnostic : un épisode psychotique aigu
• Cause : insister sur le modèle stress-vulnérabilité
• Pronostic : processus de guérison
• Traitement : multifactoriel, bio-psychosocial
• Prévention : par exemple, méthodes de gestion du stress, implication de l'abus de substance

Information supplémentaire :

Early psychosis training pack (1997)
 (www.epic.org.au)

McGorry PD (1995). Psychoeducation in first episode psychosis: a therapeutic process. *Psychiatry* 58:313-328.

www.sane.org (SANE Australia)

3.2.4 Adherence A La Meccidation Et Aux Autres Traitements

L'adhérence au traitement médicamenteux et aux autres formes de traitement, y compris les traitements psychologiques, vont contribuer à aider le patient à reprendre le contrôle sur la psychose et à faciliter la guérison. L'adhérence au traitement à long terme est habituellement mauvaise dans les maladies chroniques, et pas seulement dans le cas de la psychose. Quelques facteurs influençant l'adhérence au traitement sont résumés dans le Tableau 11.

Tableau 11 : Facteurs influençant l'adhérence au traitement (Kemp et al, 1997)

LE PATIENT
Culture, famille, système de valeurs
Expériences existentielles et croyances
Réseau de soutien et milieu
Personnalité
Intelligence
Insight
LA MALADIE
Psychose
Idées de grandeur
Dépression
Troubles cognitifs
LE TRAITEMENT
Relation patient-clinicien
Contexte de traitement
Efficacité du traitement
Complexité du traitement
Effets secondaires
Stigmatisation associée au traitement et à la maladie

Le case manager peut améliorer l'adhérence au traitement en informant le patient quant aux raisons de cette prescription, en informant le patient des possibles effets secondaires du traitement et leurs conséquences, en pesant les avantages et inconvénients en termes d'effets secondaires et efficacité. Faire le maximum pour éviter la survenue d'effets secondaires, ou les traiter rapidement s'ils surviennent, en sachant qu'ils ont une influence importante sur l'adhérence ultérieure au traitement.

La négociation du traitement dans la phase aiguë peut souvent être difficile, parfois impossible, si le patient et les intervenants ne parviennent pas à une compréhension commune de la situation. Le processus de négociation doit se développer dans un contexte ouvert, dans lequel le clinicien cherche à aider le patient à formuler des questions auxquelles il peut répondre en donnant des informations au sujet du traitement, qui serviront de base à cette négociation.

Si un patient s'oppose à la prise d'une médication dans la phase aiguë, ses croyances au sujet de la médication et les raisons de son refus doivent être explorées en détail. Par exemple, un patient peut avoir des croyances erronées quant aux effets thérapeutiques et secondaires de la médication. Ces barrières doivent être abordées avec tact et respect. Dans la majorité des cas, il est possible de rassurer le patient ou lui faire comprendre que les choses sont différentes de ce qu'il imagine (par exemple, suite au développement de nouveaux médicaments, de l'utilisation de doses plus faibles, ou de la preuve de l'efficacité du traitement par la recherche).

Cependant, il peut être utile pour le patient d'avoir à disposition une stratégie pour répondre à une éventuelle mauvaise adhérence dans la phase aiguë. Le fait de ne pas prendre la médication peut entraîner des difficultés considérables et compromettre les chances d'une récupération précoce et relativement sans encombre. Ceci est particulièrement important si le patient est soigné en ambulatoire plutôt qu'à l'hôpital.

Le refus du patient de prendre la médication peut mettre le case manager dans une situation difficile. Le degré de liberté qui peut être laissé au patient dépend de l'intensité de son trouble, de son insight, du risque suicidaire ou du comportement violent sans traitement. La gestion de telles situations peut être difficile et nécessite habituellement l'implication de toute l'équipe pluridisciplinaire.

Les stratégies d'encouragement à l'adhérence au traitement évoluent quand le patient entre dans la phase de récupération et que l'accent peut être déplacé sur les bénéfices des stratégies de traitement à long terme.

Un exemple

Une patiente irritable, dépourvue d'insight, refuse de prendre sa médication et entre dans une dispute intense avec son médecin et son infirmière.

Durant un entretien ultérieur, le case manager reconnaît que l'expérience a dû être traumatisante pour la patiente. Il dit cependant aussi qu'il n'est pas en mesure de prendre position, puisqu'il lui manque des détails sur la situation, mais qu'il cherchera à en obtenir davantage.

Lors des rencontres suivantes, le case manager continue à traiter les autres domaines importants, sans laisser la discussion dériver à chaque fois sur la problématique de la médication.

Bien que l'on n'attende pas des case managers qu'ils soient des experts en pharmacologie, ils peuvent agir en tant que représentant ou négociateur en leur nom dans une discussion avec le médecin traitant. De cette manière, le case manager peut permettre au patient de demander des informations supplémentaires, de communiquer ses craintes au sujet des effets secondaires, de l'efficacité du traitement, et de se renseigner quant aux alternatives existantes. (Il ne s'agit pas d'une manœuvre de triangulation, mais d'une stratégie de diffusion de la tension et de la circulation de l'information).

Les case managers sont dans une position favorable pour expliquer au patient les avantages de la prise d'une médication orale, plutôt que de subir l'administration forcée d'un traitement, d'une hospitalisation ou de l'administration d'un dépôt, qui comporte davantage de risques d'entraîner la survenue d'effets secondaires.

Des conseils pratiques pour éviter d'oublier la médication peuvent également s'avérer utiles. Par exemple, prendre la médication en même temps que les repas, ou au moment de se brosser les dents, peut faciliter l'établissement d'une routine. La mise à disposition d'un semainier peut également faciliter la régularité de la prise des médicaments.

Thérapie d'adhérence au traitement

La thérapie d'adhérence au traitement se base sur la responsabilisation du patient, à l'encouragement à prendre un rôle actif dans l'évaluation de son propre état mental, et à la négociation des décisions relatives au traitement dans un contexte de partenariat avec les intervenants professionnels. Kemp et al. (1997) ont décrit le processus de la thérapie d'adhérence au traitement et définit ses principaux éléments. On distingue trois phases dans le traitement, décrites dans le Tableau 12.

La phase 1 consiste à faire en sorte que le patient exprime son point de vue au sujet du traitement. On demande au patient de présenter son anamnèse. Le thérapeute tente de voir si le patient identifie certains problèmes et, si tel est le cas, cherche à comprendre la façon qu'il a de les conceptualiser.

La phase 2 consiste à explorer l'ambivalence du patient. Les raisons habituelles pour lesquelles les patients s'opposent à prendre la médication, sont les effets secondaires potentiels, le déni d'une maladie psychologique et une conception erronée des effets du traitement (crainte de dépendance, de perte de contrôle, de transformation de la personnalité).

La phase 3 consiste à travailler la poursuite du traitement. Le modèle « stress-vulnérabilité » peut être utilisé pour expliquer qu'il existe différents types de réponses au stress, en soulignant que chaque personne a un répertoire unique de ressources et de vulnérabilités. Il est plus important que le patient accepte le fait que s'engager dans le traitement peut avoir un bénéfice, plutôt que de vouloir qu'il accepte qu'une étiquette diagnostique particulière s'applique à lui. La médication peut être conceptualisée comme une forme d'assurance pour rester en rémission. L'utilisation d'analogies avec les maladies somatiques peuvent être utile, même si elles ont leurs limites.

Information complémentaire :

Kemp R et al (1998). Randomised controlled trial of compliance therapy. 18-month follow-up. *British Journal of Psychiatry*, 172: 413-419.

Tableau 12 : Thérapie d'adhérence au traitement

PRINCIPES DE BASE
Insister sur le choix personnel et la responsabilisation
Eviter une attitude de jugement
Aider le patient à formuler ses préoccupations
Adopter une attitude empathique
Encourager le patient à se sentir en charge de lui-même
TECHNIQUES ESSENTIELLES
Ecoute réflexive
Reformuler fréquemment
Formuler des question qui encouragent le patient à réfléchir
Explorer l'ambivalence : les avantages et les inconvénients du traitement
Remettre les préoccupations actuelles du patient en perspective par rapport aux autres buts de sa vie (l'aider à prendre du recul et à voir aussi les autres domaines de ressources)
Limiter la stigmatisation en recourant à des éléments de normalisation de certains phénomènes psychotiques : « les hallucinations peuvent survenir chez n'importe qui dans certaines circonstances »
À EVITER
Prêcher ou faire la leçon
Insister sur l'étiquetage par un diagnostic
Transformer la session en un débat contradictoire
Poser plusieurs questions à la fois

3.2.5 Limitation De L'impact ("Damage Control")

Des problèmes pratiques tels que le travail, les études, les relations avec les camarades, les problèmes avec la justice, les problèmes financiers et l'accès au logement, peuvent se déclarer dans le contexte de la survenue d'un premier épisode psychotique.

Le case manager peut agir en tant que représentant ou avocat pour le patient dans le moment crucial de la phase aiguë, par exemple, en contactant l'employeur, l'école ou l'université, en informant la police du contexte dans lesquels les événements sont survenus, ou en facilitant l'accès à l'aide aux services sociaux.

Une information adéquate au sujet de la maladie et de son pronostic peut aider la famille et les amis à préserver leur relation avec le patient. Le fait de délivrer cette information peut également être l'occasion d'un débriefing pour la famille et les amis par rapport aux événements qui peuvent être survenus avant le début ou au cours de la période de psychose non traitée, qu'ils ont pu trouver inquiétants ou difficiles à accepter.

3.2.6 Etablissement D'une Relation Therapeutique

La base du case management est l'établissement d'une relation thérapeutique avec le patient. Ceci peut s'avérer difficile dans la période initiale du traitement. Le case manager peut se trouver dans la situation délicate de devoir trouver un équilibre entre une attitude proactive pour que le patient prenne la médication et l'établissement d'un rapport de confiance avec le patient et sa famille.

L'engagement est un élément préalable essentiel à l'établissement d'une relation thérapeutique qui respecte le patient et le responsabilise dans son traitement. L'engagement peut s'avérer difficile et demander beaucoup de persévérance et de patience.

Le processus de l'engagement commence au moment où le case manager se présente. Cette présentation devrait véhiculer l'impression d'une personne aimable, disponible et offrant du soutien, experte dans le domaine de l'aide aux patients traversant la phase précoce d'un trouble psychotique. Seul le patient et, souvent, sa famille, connaissent les caractéristiques individuelles de l'expérience psychotique; cependant, le case manager pourra utiliser son expérience pour travailler en étroite collaboration avec ceux-ci et prendre connaissance de leurs préoccupations.

Le case manager explique clairement les divers éléments de son rôle, parmi lesquels :

- Mise à disposition d'un soutien pratique et émotionnel ainsi que d'informations
- Servir de principal point de contact entre le patient, sa famille et le service de santé mentale, garantir la continuité des soins, développer une compréhension approfondie et complète des éléments essentiels de la situation du patient, aider à trouver des solutions et faciliter la connexion avec les autres éléments du service quand ceci est approprié
- Aider à explorer les raisons de confusion, de désaccord et de conflit

La personne souffrant d'un premier épisode psychotique doit savoir que le case manager est le clinicien central qu'il doit approcher en cas de difficulté. Le case manager va agir en tant que représentant du patient, et le mettre en contact avec les autres membres du service en cas de besoin. De plus, il va également prendre un rôle thérapeutique, de manière à lui fournir un soutien psychologique et l'aider à faire face à ses émotions et à ses difficultés.

Un exemple

Un nouveau patient a été informé par son case manager qu'il sera encouragé à participer à la planification de son traitement et à manifester son désaccord le cas échéant.

Le patient se plaint par la suite de ne pas voir un médecin à chaque visite et de se sentir ainsi négligé. Le case manager explique l'organisation du service, son fonctionnement en équipe pluridisciplinaire, et le fait qu'il possède les compétences requises, soit pour aider directement, soit pour élaborer une stratégie permettant de résoudre le problème. Il discute enfin des raisons des préoccupations aiguës du patient et contacte le médecin pour préciser la date du prochain rendez-vous médical.

La différence dans le case management entre la phase aiguë et celle de récupération doit également être expliquée. Par exemple, le traitement est habituellement plus intense dans la phase aiguë, avec la possibilité de visites rapprochées à domicile et d'une disponibilité 24 heures sur 24, toutefois avec, en contre partie, le risque de rencontrer plusieurs intervenants différents. Dans la phase de récupération, le case manager pourra garantir la continuité des soins, toutefois ne sera probablement disponible que durant les heures de bureau, et en principe, sur le lieu de consultation.

3.2.7 Adaptation Psychologique

L'investigation de la façon qu'a le patient d'interpréter l'épisode psychotique qu'il traversé (modèle explicatif), et l'assistance que l'on peut lui proposer pour le faire, sont des tâches importantes durant la phase aiguë. En effet, des décisions importantes seront prises par le patient et ses proches sur la base de la perception et de l'interprétation qu'ils ont de la maladie.

Par exemple, le modèle explicatif développé par le patient peut se baser sur l'idée qu'il a un « défaut » (irréparable), et il peut imaginer que le futur est uniquement négatif et sans espoir. Le modèle peut aussi être inadéquatement projectif, et blâmer la famille ou d'autres causes extérieures. Une mauvaise compréhension de la psychose peut également conduire au développement de comorbidités secondaires.

Un exemple

Un jeune homme de 20 ans, apprenti boucher dans l'entreprise familiale, était en conflit avec son entourage familial et professionnel sur la base d'idées paranoïdes et d'hallucinations auditives.

Il attribuait ses troubles psychotiques à la pression que ses parents mettaient sur lui, et il songeait à quitter la maison et à interrompre son apprentissage. Le case manager considérait cependant que ce projet était basé sur une mauvaise attribution de la cause de la psychose : en fait, la relation familiale ne s'était détériorée qu'après la survenue des symptômes psychotiques, et l'idéation paranoïde n'était pas exclusivement dirigée contre les membres de la famille.

Le case manager utilisa le questionnement socratique pour remettre en question le modèle explicatif proposé par le patient, suggéra que la famille puisse n'y être pour rien dans le déclenchement de la psychose, et remit en question le projet de quitter la famille et l'apprentissage.

Le processus de questionnement amena le patient à réaliser qu'effectivement, il avait toujours eu de bonnes relations avec sa famille, et que ses idées de persécution ne survenaient pas exclusivement dans le cadre de l'environnement familial et professionnel.

Le patient put restaurer progressivement ses relations familiales, décida de continuer à vivre au domicile familial, et put retourner progressivement au travail.

Il est important de relever que le déni de la maladie peut être un mécanisme de protection lié à la vision habituellement pessimiste et catastrophiste de la maladie mentale dans la société. Avec un patient dans le déni sa maladie, l'objectif est de développer progressivement une adaptation psychologique qui permette de modifier ces stéréotypes, de développer un espoir de récupération et d'accepter la présence d'une maladie mentale dont il peut espérer guérir. Ce processus peut commencer dans la phase aiguë.

Le patient peut continuer à présenter des hallucinations ou des idées délirantes dans la phase aiguë, lorsque la médication n'a pas encore développé son effet. L'attitude appropriée pour le case manager est de se focaliser sur le stress que des phénomènes tels que des idées délirantes peuvent causer, plutôt que de remettre directement en question leur réalité. On peut également dire au patient qu'il est parfois préférable de remettre à plus tard les questions fondamentales, de manière à y faire face de manière plus sereine. L'objectif principal, au cours de cette étape, est de diminuer le stress causé par la maladie.

La conviction dans les idées délirantes va diminuer avec la résolution de la phase aiguë de l'épisode psychotique. Il faut ensuite permettre au patient de reconnaître son changement de point de vue d'une manière qui protège son narcissisme (« Je ne pense plus autant à ça qu'avant »). Il peut se sentir honteux d'avoir eu de telles croyances, ou d'avoir eu des comportements inadéquats devant ses amis ou sa famille. Des entretiens organisés avec la famille ou les proches peuvent parfois les rassurer passablement.

Si le patient développe une vision très pessimiste de son pronostic, il peut se sentir désespéré, développer des symptômes dépressifs, voire des idées suicidaires. L'objectif principal, dans de telles circonstances, sera d'assurer la sécurité du patient, tout en lui offrant un soutien psychologique qui valide et reconnaît son expérience et sa réaction émotionnelle itérative.

Parmi les stratégies envisageables, on retient les suivantes :

- Discuter avec le patient du potentiel de guérison de manière à préserver l'espoir
- Souligner la disponibilité du service de soin et le soutien qui peut y être trouvé
- Clarifier les ressources d'aide (par exemple, SIM, SPL), leur disponibilité et leur accès
- Soutenir et mettre en évidence les ressources que le patient a lui-même pour mettre en place un plan de traitement, de manière à ce qu'il se sente activement impliqué dans le suivi

3.3 Phase De Retablissement

3.3.1 Objectifs

La phase de rétablissement suit la résolution des symptômes psychotiques aigus. On peut arbitrairement la diviser en phase de rétablissement précoce (qui couvre les 3 à 6 mois qui suivent la résolution des symptômes psychotiques aigus), et phase de rétablissement tardive (qui court jusqu'à 12 ou 18 mois après la résolution des symptômes). Parmi les objectifs du case manager, durant cette phase, on retient :

- Poursuite de l'évaluation de l'état mental du patient et de ses progrès
- Poursuite de la psychoéducation pour le patient et sa famille
- Poursuite de l'assistance offerte au patient pour comprendre la psychose et pour développer des ressources qui lui permettront de se réintégrer dans la société et d'atteindre ses buts
- Minimiser le risque de rechute, mais être prêt à y faire face, si elle devait survenir
- Préparation de la transmission lorsque le patient va quitter le programme

3.3.2 Phase De Retablissement Precoce

Le fait que le case manager s'implique aussi bien dans la phase aiguë que dans la phase de rétablissement lui permet de mesurer l'évolution et les progrès du patient et de percevoir la compréhension qu'il développe de son épisode psychotique. Les problèmes qui étaient importants pour le patient avant la survenue de l'épisode psychotique tendent à refaire surface, permettant au case manager de mieux comprendre la trajectoire de vie du patient et d'avoir une meilleure vue d'ensemble. Si le début de la maladie a été relativement abrupt, le patient peut avoir tendance à idéaliser ce qu'il était avant l'épisode, et le développement d'une vision un peu plus critique de ce qu'était sa situation antérieure peut prendre passablement de temps.

La survenue d'un premier épisode psychotique implique davantage que le simple fait de vivre des symptômes psychotiques : il peut également s'agir de l'expérience pénible d'un conflit intense avec quelque chose qui naît de l'intérieur de l'être (Edwards et al, 1999). Le fait de différencier le self de l'expérience psychotique est une étape importante pour les sujets jeunes qui peinent à établir leur identité. Cette distinction peut être facilitée dans les discussions en faisant attention aux termes utilisés dans les entretiens (par exemple, il est préférable de dire « vous avez présenté un épisode psychotique » plutôt que « vous êtes psychotique »).

Il peut aussi être bénéfique de définir un domaine de fonctionnement qui n'a pas été affecté par la survenue de l'épisode psychotique et de l'utiliser comme base pour rétablir des habiletés récréatives ou occupationnelles, ou d'autres ressources. Cependant, l'identification de ces domaines de ressources et le fait ensuite de surmonter les obstacles financiers et sociaux pour parvenir à remettre en route des activités peut prendre passablement de temps.

Au cours de cette étape, le case manager concentre son activité sur la promotion active du rétablissement, la prévention (ou l'identification et le traitement) des comorbidités, et l'encouragement à l'adhérence au traitement.

Le soutien du patient et de sa famille, ainsi que la psychoéducation initiée au cours de la phase aiguë doivent se poursuivre dans la phase de rétablissement précoce.

Le risque de rechute doit être discuté, et les signes et symptômes précoces d’une possible rechute doivent être identifiés, en se basant sur les phénomènes observés durant la phase prodromique de l’épisode initial.

On peut également enseigner des moyens pour faire face aux symptômes psychotiques, tels que des manœuvres de distraction ou des techniques de relaxation, de manière à ce que le patient se sente plus dans le contrôle de lui-même. On continue également à discuter du modèle explicatif que le patient développe pour donner du sens à l’épisode. Globalement, le case manager passe d’une attitude directive à une attitude de collaboration.

Dans le Tableau 13, on trouve un résumé des objectifs psychologiques à atteindre au cours de la phase de rétablissement.

Tableau 13 : Adaptation psychologique au cours du rétablissement	
• Développement et affinement du modèle explicatif de la psychose	
• Renforcement du sens de soi et différenciation entre le self et la psychose	
• Augmentation du sentiment de contrôle de la psychose :	– Enseignement de stratégies permettant de faire face aux fluctuations de l’état mental et d’identifier des causes de ces fluctuations
• Promouvoir une gestion indépendante de la maladie, en se basant sur :	– l’adhérence au traitement – l’identification des signes précoces de rechute – les stratégies de prévention de la rechute – l’encouragement à la demande d’aide
• Remettre en route la trajectoire de développement	– par l’établissement de buts réalistes, tenant compte du niveau de fonctionnement prémorbide, et l’adaptation de la trajectoire définie si nécessaire
• Prévenir les morbidités secondaires	– Intervenir rapidement si la pathologie primaire se déstabilise – Maintenir un bon niveau de récupération et une attitude optimiste
• Traiter les morbidités secondaires, par exemple :	– Dépression et anxiété : considérer des interventions cognitivo-comportementales doublées éventuellement d’une intervention médicamenteuse – Phobie ou anxiété sociale : considérer intervention CBT, groupes, réentraînement aux habiletés sociales – Abus de substance : considérer entretien motivationnel, minimisation de l’impact (harm minimisation) – Troubles de la personnalité : être prudent avec le diagnostic pour ne pas minimiser la composante psychotique

3.3.3 Les Defis Cliniques Durant La Phase De Retablissement

Un exemple : Le rejet de la médication

Un jeune patient a le sentiment que ses symptômes se sont améliorés et qu'il n'a donc plus besoin de médication. Le case manager explique la fragilité du système biochimique cérébral qui a participé au développement de la psychose, mais aussi qu'il est courant que les patients s'opposent à poursuivre le traitement. Cependant, si la médication est interrompue trop vite, le risque de rechute est considérable. Le case manager peut ensuite dire qu'il s'agit, dans un premier temps, de traiter les symptômes, mais ensuite de prévenir leur réémergence. Au cours de ce processus, le case manager cherche à explorer toutes les préoccupations que le patient peut avoir à l'égard du traitement, en utilisant si nécessaire la technique d'entretien motivationnel (1. Quels avantages à interrompre le traitement ? 2. Quels désavantages à le poursuivre ? 3. Quels désavantages à l'interrompre ? 4. Quels avantages à le poursuivre ?)

Le case manager propose de repousser toute décision d'interruption de la médication à 3 à 6 mois, et que la question sera rediscutée à ce moment. De cette façon, il rappelle le risque de rechute et propose une solution alternative à l'interruption de la médication.

Un exemple : Symptômes positifs persistants

Une jeune personne qui a présenté un premier épisode psychotique ne répond que partiellement à la médication, et les symptômes positifs persistent. Le case manager l'encourage en lui disant que dans la grande majorité des cas les symptômes finissent par disparaître. Tout en adoptant une attitude de soutien, il valide le sentiment de détresse de la patiente.

Le case manager définit aussi une durée après laquelle la dose de médicament sera ajustée, voire la médication modifiée, ce qui donne des points de repère à la patiente qui sait à quoi s'attendre.

La récupération est plus lente chez les patients chez qui le traitement débute après une longue période de prodrome ou qui ont une longue durée de psychose non traitée. Cette information permet au patient de se comparer de manière plus réaliste avec les autres patients qui pourraient récupérer plus rapidement, et permet de rétablir un espoir de guérison.

Un exemple : Le patient interromp le traitement

Un patient qui avait bien récupéré et s'était bien stabilisé après la phase aiguë rejette l'idée de quelque contact que ce soit avec le service de santé mentale. Il est considéré comme étant à très faible risque auto et hétéro-agressif, et ne présente aucun élément qui justifierait un traitement involontaire.

Le case manager rappelle que la porte est toujours ouverte, de manière à s'assurer que la remise en route des soins soit aussi facile que possible (même des rencontres brèves et superficielles peuvent permettre un certain degré d'évaluation du status mental). Si la patiente continue de rejeter l'idée d'un suivi malgré ces arguments, le case manager peut utiliser une technique qui permet d'éviter tout conflit, par exemple en suggérant quelques éléments seulement sont à surveiller. L'intensité du suivi dépend selon le niveau de risque et l'état mental du patient. Il est important de maintenir un niveau de contact qui permette la détection précoce de toute détérioration.

Un exemple : Le traitement sous contrainte et son impact sur l'alliance thérapeutique

Un jeune patient irritable était considéré comme à risque de comportement hétéro-agressif, mais il était également résistant au traitement. La décision fut prise de le contraindre au traitement.

Le case manager tenta de garder une attitude cohérente et logique, expliquant sa décision et son raisonnement. « Je réalise que vous n'êtes pas d'accord avec cette décision, et nous pouvons tenter de chercher à mieux nous comprendre, mais j'ai aussi des contraintes éthiques, des responsabilités professionnelles à votre égard, et à l'égard des autres, surtout si vous êtes en danger. »

Bien que le patient fut fâché contre ce traitement imposé, il accepta finalement qu'il pouvait constituer un contenant, des limites, et un sentiment de sécurité. Ces aspects positifs renforcèrent finalement l'alliance et contribuèrent à améliorer la compréhension de la maladie et de la nécessité du traitement.

3.3.4 Phase Tardive De Retablissement

L'objectif du case management dans la phase tardive du rétablissement comprend la prévention de la rechute et la préparation de l'interruption ultérieure du suivi par le case manager. De plus, les tâches précoces d'évaluation régulière de l'état mental, de psychoéducation et d'assistance psychologique à l'adaptation à l'expérience psychotique se poursuivent également durant cette phase.

Prevention De La Rechute

Bien que la grande majorité des patients récupèrent après un premier épisode psychotique, beaucoup vont présenter une rechute. Il peut y avoir parfois une confusion entre « rétablissement » et « guérison ». « Guérison » implique que la cause de la maladie s'est résolue et qu'elle ne va pas revenir. « Rétablissement » signifie que les symptômes aigus de la psychose ont été adéquatement traités et qu'un retour à la vie normale est possible. Cependant, une personne qui s'est rétablie d'un épisode psychotique aigu doit savoir que la récurrence peut survenir, en connaître les signes d'alerte et savoir comment procéder pour accéder à l'aide nécessaire.

Certains auteurs pensent que la cause principale du haut taux de rechute est un traitement insuffisant, en particulier une durée de traitement antipsychotique trop courte (Kissling, 1994). D'autres, au contraire, recommandent de ne traiter la majorité des patients qu'avec la dose minimale efficace d'antipsychotique, de manière à éviter les effets secondaires, même si cela doit conduire à quelques rechutes de plus, pour autant que ceci ne conduise pas à davantage d'hospitalisations ou à un handicap fonctionnel plus important (par exemple, Janick et al, 1993). L'argument est que le maintien de la médication à long terme ne devrait pas être proposé lors d'un premier épisode, et qu'en fait, seul un très petit nombre de patients l'accepteraient.

En fait, l'une des tâches les plus importantes de la phase tardive de rétablissement est de considérer l'interruption de la médication. Les case managers non médicaux, le patient et sa famille, peuvent jouer un rôle important dans cette décision. La révision du modèle « stress-vulnérabilité » peut donner un cadre utile à la discussion qui mène à cette décision.

En guise de point de repère, il est conseillé de continuer la médication selon les règles suivantes :

- Durant 12 mois après la résolution complète des symptômes chez les patients présentant un premier épisode de psychose non affective, si la durée de psychose non traitée a été brève et si le patient présente des facteurs de bon pronostic
- Pendant un à deux ans si le patient présente des facteurs de mauvais pronostic (National Early Psychosis Project Clinical Guidelines Working Party, 1998)

Il semble sage de poursuivre le traitement pendant quelques mois après la résolution des symptômes afin de permettre une phase de consolidation, et de diminuer la médication de façon très progressive sur plusieurs mois, une fois que les facteurs de stress sont sous contrôle. La médication ne devrait pas être interrompue à un moment de changement de case manager (au cas où le patient changeait de service).

Une évaluation de la vulnérabilité à présenter un autre épisode psychotique se base sur l'exploration des facteurs de risque de rechute (Tableau 14), l'identification des signes prodromiques de rechute (si possible), et la planification des stratégies d'intervention précoce et de demande d'aide. Les signes les plus précoces d'une rechute sont souvent peu spécifiques et ne signifient pas que la rechute est inévitable. Par exemple, un élément typique du prodrome de la rechute – changement affectif, cognitif et comportemental, troubles de la concentration, troubles du sommeil – peut aussi survenir pour d'autres raisons. Il est important de ne pas prendre des variations normales du comportement pour des signes de rechute imminente. Cependant, dans plusieurs cas, le patient ou sa famille pourront identifier un certain schéma. Dès lors, la capacité à identifier le début d'une rechute s'améliorera.

TABLEAU 14 : Quelques facteurs de risque de rechute
• Non adhérence au traitement médicamenteux
• Persistance d'une situation de stress relationnel
• Événement existentiel défavorable
• Abus de substance, en particulier cannabis et amphétamines

Dans la plupart des cas, le retour des symptômes psychotiques survient relativement lentement, sur une période de 2 à 4 semaines, plutôt qu'abruptement. Les gens sont habituellement rassurés par le fait qu'il y aurait ainsi suffisamment de temps pour qu'ils puissent se rendre compte qu'il s'agit d'une rechute et demander de l'aide avant qu'elle ne soit complètement installée.

Des renseignements complémentaires relatifs à la prévention de la rechute sont proposés dans la section 4.9.

Pathologies Comorbides

Les pathologies comorbides ou les troubles mentaux pré-morbides tels que l'abus de substance, les troubles anxieux, les troubles de la personnalité ou les conséquences de traumatismes anciens tels qu'un abus sexuel, deviennent souvent plus claires au cours de la phase tardive du rétablissement, une fois que les difficultés relatives à la symptomatologie psychotique passe au second plan. Ces problèmes ont des implications pour diverses raisons :

- Ils compliquent le traitement
- Ils péjorent l'évolution
- Ils constituent une cible additionnelle de traitement

Les case managers sont dans une position privilégiée pour identifier les pathologies comorbides, qui se révèlent souvent progressivement avec le temps, ce d'autant plus s'ils ont régulièrement évalué le status mental de leur patient. Ils sont aussi en bonne position pour faciliter l'accès au traitement adéquat. Quelques comorbidités particulières seront discutées dans la partie 4, dont l'abus de substance et les troubles de la personnalité.

Il est important de noter qu'une pathologie, telle que la schizophrénie, comporte plusieurs dimensions, parmi lesquelles des éléments affectifs comme la dépression. Dans certains cas, ces symptômes peuvent disparaître avec le traitement des symptômes psychotiques, et dans d'autres cas ils nécessitent un traitement spécifique. Dans tous les cas, ils doivent être évalués régulièrement de manière à déterminer si un traitement spécifique est nécessaire.

L'analyse des comorbidités peut être rendue difficile par le développement de morbidités secondaires qui surviennent suite au premier épisode psychotique.

Des conditions telles que la dépression, l'anxiété sociale et l'état de stress post-traumatique peuvent résulter de l'expérience d'un premier épisode psychotique (Jackson et al, 2000).

La présence d'une maladie psychotique ne signifie pas que d'autres domaines de la santé mentale doivent être ignorés. L'approche diagnostique et l'intensité de l'intervention dépendront de nombreux facteurs, parmi lesquels la phase de maladie dans laquelle le patient se trouve.

De manière similaire, les troubles physiques ne doivent pas être négligés non plus chez les patients présentant un trouble psychotique. On trouve chez ces patients un taux plus important d'abus de substances (tabac, alcool, drogues). Ils peuvent parfois vivre de manière marginale, souffrir de désorganisation, ce qui peut interférer avec les activités quotidiennes habituelles. Ils peuvent présenter des troubles cognitifs et des troubles de l'humeur, qui rendent le maintien d'un mode de vie sain plus difficile. La collaboration avec un généraliste connaissant la problématique des psychoses débutantes peut grandement faciliter la garantie de soins somatiques de qualité dans la communauté.

Fin De La Prise En Charge Par Le Case Manager

L'interruption de la prise en charge par le case manager, une fois que la phase de rétablissement est terminée (ou à la fin de la durée de traitement proposée dans le programme), nécessite une préparation et une planification minutieuse. L'idée que la prise en charge va se terminer devrait découler naturellement des discussions initiales au cours desquelles il a été question de l'évolution habituelle de la maladie et de la survenue probable du rétablissement. L'information délivrée durant la phase d'engagement peut contenir une description du déroulement habituel des soins et du traitement, y compris les détails concernant l'éventuelle transmission des soins à d'autres intervenants qui peuvent assurer le monitoring et le suivi à long terme (par exemple, un généraliste ou un autre service de santé mentale).

La planification de l'interruption du traitement peut être suggérée dans le contexte des évaluations et des entretiens réguliers, ce qui permet de renforcer le sentiment que l'on s'attend à un rétablissement. Ceci facilite l'arrêt du suivi le moment opportun venu. Il s'agit d'un élément de réalité dans la majorité des services de santé mentale, inévitable dans le contexte de programmes spécialisés dans la phase précoce des troubles psychotiques. Il est préférable que

l'interruption soit une étape planifiée, liée à une phase de la maladie et aux besoins du patient, plutôt que de survenir de manière aléatoire et non prédictible.

L'interruption de traitement peut aussi s'avérer difficile à assumer pour le case manager, qui a investi un temps et une énergie considérables dans la relation avec le patient au cours de plusieurs mois ou années. Une supervision ou des discussions avec des collègues peuvent apaiser les difficultés qu'un case manager peut éprouver au moment de laisser partir un patient, ou de le référer à un autre service de soins.

3.3.5 Retard de Retablisement

Par retard de rétablissement, on entend absence de progression du rétablissement. La détermination du moment à partir duquel on considère que l'on a affaire à un retard de rétablissement ou à des symptômes psychotiques persistants, dépend des circonstances ainsi que de l'histoire personnelle et psychiatrique du patient.

Si l'on juge que la récupération ne progresse pas de manière satisfaisante, le diagnostic et le traitement doivent être remis en question, ce qui peut conduire à une modification de la médication, ou encore à des investigations physiques ou neurologiques. Ces investigations doivent permettre de déterminer si le problème est lié à une erreur de diagnostic ou à une inadéquation du traitement.

Une mauvaise réponse au traitement peut se manifester de diverses manières :

- Amélioration initiale, mais persistance de symptômes résiduels
- Progression graduelle sur une période très longue
- Amélioration faible ou absente des symptômes depuis la phase aiguë

Le terme de « rétablissement prolongé » semble préférable à celui connoté négativement de « résistance au traitement » chez les patients présentant un premier épisode psychotique. Le concept de « résistance au traitement » se rapporte à des patients qui, en dépit d'une bonne adhérence à un traitement médicamenteux optimal, continuent à présenter des symptômes. Ceci ne doit pas être confondu avec la résistance à se faire traiter, dans le sens de refuser la médication, ne pas s'engager dans le traitement, ou présenter des pathologies comorbides qui interfèrent avec le traitement.

Les estimations suggèrent que 9% à 17% des patients présentant un premier épisode psychotique n'atteignent pas une rémission des symptômes après 12 mois de traitement (Edwards et al, 1998 ; Lieberman et al, 1993).

La persistance de symptômes positifs malgré une bonne adhérence au traitement implique une perturbation continue du fonctionnement social, interpersonnel et occupationnel, qui nuit au rétablissement. L'impact sur la personne se fait sur le plan du sentiment d'impuissance, de peur, d'isolement et de perte de confiance dans ses propres capacités mentales.

Près de 80% des patients présentant un premier épisode psychotique atteignent une rémission complète des symptômes positifs dans les 6 mois qui suivent le début du traitement.

Bénéfices de l'intervention précoce

L'identification précoce et le traitement spécifique des patients présentant des symptômes positifs persistants peut favoriser le traitement des symptômes et améliorer le cours de la maladie.

Le rétablissement prolongé est plus commun chez les patients qui ont présenté une longue durée de psychose non traitée. Par exemple, un groupe de patients ayant présenté un premier épisode psychotique qui est traité à EPPIC ont été évalués avec la BPRS à 3, 6 et 12 mois après la stabilisation initiale (Edwards et al, 1998). On a observé que 6,6% d'entre eux présentaient des symptômes positifs persistants au moment des trois évaluations. La proportion de patients présentant un rétablissement prolongé était plus haute (8.9%) chez ceux qui ont été diagnostiqués pour une schizophrénie, un trouble schizophréniforme ou un trouble schizo-affectif, mais nettement moins élevé cependant que la prévalence de 30%, rapportée chez les patients se trouvant dans la phase chronique de la maladie.

Dans l'étude EPPIC, ceux qui présentaient des symptômes persistants avaient, en moyenne, une plus longue durée de psychose non traitée. La présence de symptômes persistants était aussi associée à davantage de dépression et un moins bon fonctionnement social à 12 mois.

Intervention Dans Le Retablissement Prolonge

Des interventions psychologiques plus spécialisées sont nécessaires dans les cas où la récupération semble tarder. Le retard dans la récupération peut éroder la confiance du case manager, qui doit faire face à un jeune patient en détresse, qui est due à une absence d'évolution. Le patient peut devenir anxieux, désespéré, voir fâché, alors que le clinicien, qui est considéré comme l'expert, se sent en situation d'échec.

Le module TREAT (Treatment Resistance Early Assessment Team, équipe d'évaluation précoce de la résistance au traitement (Edwards et al, 2003) est un exemple de programme spécifiquement dédié à ce genre de patients. TREAT a été développé pour se focaliser sur la détection précoce des patients qui présentent une persistance de symptômes positifs.

Le concept se base sur les données indiquent que la période située entre les 3 et 6 premiers mois de traitement est considérée comme une période importante pour la détection et le traitement des symptômes positifs persistants.

Les case managers et les médecins reçoivent un formulaire de rappel pour évaluer la persistance des symptômes positifs ou négatifs après 9 semaines d'engagement dans le programme. Si tel est le cas, l'évolution est suivie de près pendant les 3 semaines suivantes. Si les symptômes persistent à la 12ème semaine, le patient est référé à TREAT. La première étape consiste en une évaluation de la situation par un panel d'experts (médecin cadre, infirmier, psychologue, assistant social, case manager) ayant un intérêt dans le domaine des aspects biologiques, psychologiques et sociaux des symptômes psychotiques persistants. Les actions possibles sont les suivantes : adaptation de la médication, renforcement de l'intervention psychosociale, clarification de problèmes sociaux (logement, finances), qui peuvent perturber le patient et le déstabiliser, soutien des familles et programmes de groupes d'activité.

Il est également possible de référer ces patients au module STOPP (Systematic Targeting of Prolonged Positive Symptoms (traitement systématiquement focalisé sur les symptômes positifs persistants), qui consiste en un programme psychothérapeutique intégré pour les personnes présentant des symptômes positifs persistants dans la phase précoce des troubles psychotiques (voir Tableau 17 dans la section 4.2.4). STOPP débute par une évaluation de la psychopathologie, des dimensions spécifiques des symptômes persistants, des mécanismes d'adaptation utilisés par le patient, des comorbidités et des facteurs contribuant à la persistance de ces symptômes. Des interventions psychologiques spécifiques sont ensuite proposées, en utilisant une approche à composante comportementale, d'adaptation, cognitive et psychodynamique (Jackson et al, 1999).



Partie 4 : Problemes Speciaux

4.1 Medication

Le case management est un travail d'équipe qui nécessite des connaissances dans plusieurs domaines; le traitement médicamenteux n'y fait pas exception. Bien que la médication ne soit prescrite que par les médecins, il est important que les case managers, qui sont en première ligne, aient une bonne connaissance des médicaments utilisés dans le traitement de la maladie et des conditions qui y sont associées, comme la dépression, par exemple.

Ces connaissances devraient comprendre :

- Les raisons justifiant l'utilisation d'une classe particulière de médicament (antipsychotique ou antidépresseur)
- Les divers médicaments utilisés dans chacune de ces classes (il existe plusieurs antipsychotiques, dont le profil d'effet secondaire est différent)
- Les types d'effets secondaires qui peuvent survenir
- Les bénéfices que l'on peut raisonnablement espérer
- La durée probable du traitement médicamenteux

Des connaissances de base dans le domaine des traitements médicamenteux vont faciliter le travail de psychoéducation et de soutien dans la phase de récupération. Le case manager peut jouer le rôle d'une personne informée sans réellement revendiquer le rôle d'expert aux yeux du patient. Par exemple, il peut aider le patient à évaluer les effets du traitement sur les symptômes, les effets secondaires, et plaider en faveur d'une adaptation de la médication si elle semble inappropriée. Il rencontrera le patient vraisemblablement plus souvent que le médecin prescripteur. Il sera donc bien placé pour aider à adapter le traitement médicamenteux. Il est important de savoir que l'adaptation de la médication est une tâche difficile, et que la modification du traitement en fonction de la réponse du patient ne doit donc pas être considérée comme un échec.

De nombreux case managers développent une très bonne connaissance des traitements médicamenteux, et peuvent donc prendre un rôle actif dans l'évaluation de son efficacité et dans la discussion des stratégies thérapeutiques.

Un exemple

Un jeune patient souffrant d'une psychose voulait obtenir, de la part de son case manager, la garantie que le traitement médicamenteux qu'il avait accepté guérirait ses symptômes psychotiques et n'aurait aucun effet secondaire.

Le case manager lui explique qu'il existe une vaste gamme de médicaments antipsychotiques, et qu'il y a des variations individuelles dans la réponse à ces divers traitements. D'une certaine manière, débiter un traitement médicamenteux est une période « d'exploration », au cours de laquelle il s'agit d'évaluer la réponse, d'ajuster la dose si nécessaire, et éventuellement de le changer s'il s'avère qu'il n'est pas efficace.

En comprenant le raisonnement qui sous-tend le traitement, ainsi que ses risques et ses bénéfices probables, le case manager est aussi en position privilégiée pour encourager l'adhérence au traitement. La mise à disposition d'un traitement médicamenteux efficace et bien toléré devrait conduire à un soulagement rapide des symptômes et en faciliter l'adhérence dans le futur.

Approche Actuelle De La Thérapie Médicamenteuse

Les « Australian Clinical Guidelines for Early Psychosis » fournissent quelques indications sur les approches contemporaines du traitement médicamenteux. Elle comprennent les éléments suivants :

- Maximalisation des effets thérapeutiques tout en minimisant les effets secondaires.
- La nouvelle génération d'antipsychotiques dits « atypiques », (clozapine, rispéridone, olanzapine, quétiapine, amisulpride, aripiprazole), présente un risque moins important de provoquer des effets secondaires extrapyramidaux que les antipsychotiques conventionnels. Ils semblent également plus efficaces contre les symptômes négatifs.

- Les antipsychotiques conventionnels prescrits à doses « traditionnelles » entraînent la survenue d'effets secondaires, alors que lorsqu'ils sont prescrits à faibles doses, ils peuvent entraîner une bonne réponse sans effets secondaires de type syndromes extrapyramidaux. Cependant, les antipsychotiques atypiques sont fortement recommandés comme médication de premier choix dans le traitement de la psychose débutante.
- Le traitement médicamenteux de la psychose débutante doit être prescrit dans le contexte d'une relation thérapeutique qui favorise l'adhérence au traitement.
- Le dosage de la médication doit s'inscrire dans le contexte d'une approche « start low, go slow » (commencer à faible dose et augmenter progressivement).
- Si les symptômes s'aggravent ou si le patient développe des idées suicidaires, le traitement doit être réévalué.
- La rémission des symptômes peut prendre plusieurs mois; il est donc important d'être patient, tout en s'assurant que l'on a écarté toute cause traitable de résistance au traitement.
- Il est indiqué d'introduire un traitement stabilisateur de l'humeur si le patient présente de manière concomitante un syndrome maniaque.
- Si l'on doit traiter des symptômes d'agitation ou des troubles du sommeil, on recourra aux benzodiazépines (Temesta, Tranxillium), plutôt qu'aux antipsychotiques sédatifs. Le Temesta intramusculaire peut être utilisé pour la sédation par voie intramusculaire. L'utilisation d'antipsychotique à longue durée (Clopixol Acutard) par voie intramusculaire doit être réservée aux situations de patients refusant la médication orale de manière répétée.
- Les antidépresseurs doivent être prescrits en cas de dépression.
- On préférera un traitement oral à un traitement par dépôt aussi bien dans la phase aiguë que dans la phase de rétablissement, sauf dans des situations exceptionnelles, et après que les autres options (psychoéducation, thérapie de la compliance, entretien motivationnel) aient été tentés.

4.2 Interventions Psychothérapeutiques

Les interventions psychologiques peuvent contribuer au rétablissement après un premier épisode psychotique. L'implication du case manager dans les thérapies psychologiques va dépendre de la formation de base du case manager, du temps à disposition et de la structure de service de santé mentale dans lequel il travaille. Il est cependant important de rappeler que certains des éléments fondamentaux du travail du case manager, telle que la psychoéducation, peuvent être considérés comme une forme de psychothérapie. De plus, chaque interaction entre le case manager et le patient a une valeur thérapeutique.

Les interventions psychologiques ne sont pas uniquement destinées au traitement des symptômes psychotiques. Les autres objectifs sont l'adaptation à la maladie, la prévention des rechutes et le traitement des comorbidités telles que l'abus de substance. Dans chaque cas, le but est de diminuer la souffrance du patient, de l'aider à atteindre ses buts et d'augmenter sa qualité de vie.

Dans les paragraphes suivants, on trouvera la description de certains des problèmes que l'on peut rencontrer dans le contexte du traitement psychologique dans la psychose débutante.

4.2.1 Justification

Jusqu'à la fin des années 50, le traitement psychodynamique était considéré comme le traitement de choix pour les troubles psychotiques, avant d'être détrôné par la thérapie par les médicaments. Entre les années 60 et 80, on assista au développement des thérapies systémiques. Puis, l'accent fut progressivement mis sur le paradigme comportemental, selon lequel les comportements agressifs, bizarres ou agissants étaient visés dans le contexte de la thérapie individuelle. Des méthodes de thérapie de groupe ont été utilisées pour développer des habiletés sociales et de vie indépendante et pour proposer des modules de psychoéducation des familles. On rencontra cependant de grandes difficultés à généraliser ce mode de thérapies à des centres plus petits. De plus, les effets à long terme semblaient faire défaut.

Plus récemment, des approches cognitivo-comportementales pour le traitement des troubles affectifs et anxieux sont apparues, et elles ont également été appliquées aux patients souffrant de schizophrénie. Les interventions cognitives ont été appliquées dans plusieurs domaines :

- Pour traiter les troubles du traitement de l'information et pour améliorer l'apprentissage et la résolution de problèmes
- Pour diminuer les délires et les hallucinations, et/ou diminuer la souffrance qu'elles causent
- Pour se focaliser sur la façon dont le sujet interprète sa maladie, sur l'impact de la maladie sur la personne, et sur l'adaptation de la personne au moment où l'épisode se résout
- Pour prévenir la rechute
- Pour traiter les pathologies comorbides telles que la dépression.

Comme il est possible d'influencer positivement le cours de la maladie et de son évolution, il est important de proposer ces traitements aussi tôt que possible. Les thérapies à visées préventives peuvent aider les patients à s'adapter à la maladie, et contribuent ainsi à prévenir ou à diminuer les complications secondaires et les rechutes.

4.2.2 Thérapie Cognitive-Comportementale

La thérapie cognitivo-comportementale (TCC) adresse les patterns de pensées de l'individu et les comportements associés à ces pensées. Une gamme de techniques est utilisée, allant de la remise en question à l'information. Par exemple, on peut encourager une personne atteinte de psychose débutante à envisager les situations de manière différente et à développer des stratégies permettant de faire face aux facteurs de stress. Quelques uns des buts des TCC dans la psychose débutante sont listés dans le Tableau 15.

TABLEAU 15 :
Buts des TCC dans la psychose débutante

• Contribuer au développement de l'alliance thérapeutique
• Contribuer à la stabilisation clinique
• Augmenter le degré de compréhension de la nature des symptômes
• Traiter les pensées négatives et le contexte dans lesquelles elles se développent
• Fournir des stratégies alternatives pour faire face aux situations de stress
• Favoriser l'adaptation et le rétablissement
• Protéger et augmenter l'estime de soi
• Diminuer le sentiment de stigmatisation et promotion du développement de stratégies adaptatives
• Prévenir et réduire les morbidités secondaires et les troubles associés

4.2.3 Promouvoir Le Changement

Certains aspects spécifiques de la psychose vont faire obstacle aux changements qui sont nécessaires au processus de rétablissement. Par exemple :

- Les troubles cognitifs associés à la psychose peuvent interférer avec le travail psychologique
- La réaction face au diagnostic a de grandes chances d'être négative du fait de la stigmatisation de la maladie mentale
- Le déni de la maladie risque d'entraîner une résistance à se faire soigner
- Le manque d'insight lié à la psychose peut interférer avec le processus de traitement
- La désorganisation associée parfois à la maladie peut conduire à une mauvaise adhérence au traitement

Plusieurs approches peuvent être utilisées dans l'analyse et le traitement de ces obstacles. Par exemple, le « Health belief model » (Bebbington 1995) suggère que les patients pèsent les avantages et les inconvénients du traitement et n'y adhèrent que s'ils sont convaincus que les premiers surpassent les seconds. L'analyse du patient est influencée par sa conception de la maladie, par les effets négatifs potentiels qu'il lui attribue et par sa propre susceptibilité à l'égard de ces effets négatifs (Tableau 16).

TABLEAU 16 :
Modèle de compréhension de la maladie

La prise en compte des aspects bénéfiques du traitement dépend de l'impression que le patient a :
• de sa vulnérabilité à la maladie
• de la sévérité de la maladie
• de l'efficacité du traitement proposé
• des avantages et des inconvénients à adhérer au traitement

4.2.4 Psychothérapie D'orientation Cognitive

Le programme COPE (Cognitively-Oriented Psychotherapy for Early Psychosis) développé à EPPIC est un exemple de la façon dont les thérapies psychologiques peuvent être proposées dans un service de santé mentale. La brève description qui suit est dérivée de Jackson et al (1999). Bien que COPE s'inscrive dans un cadre structuré, certains de ces éléments peuvent être adaptés au travail de routine du case management.

COPE est constitué de 4 phases : l'évaluation initiale; l'établissement de l'alliance thérapeutique; l'adaptation du sujet au décours de l'épisode psychotique; le contrôle ou la prévention des morbidités secondaires.

Évaluation: L'évaluation doit comprendre tous les éléments de l'évaluation initiale, tels que :

- Status psychique
- Symptômes et datation du début du trouble
- Modèle explicatif développé par le patient et degré d'insight
- Le niveau de fonctionnement dans divers domaines : avant, pendant et après le développement de trouble psychotique
- Une description du potentiel du patient, qui comprend ses buts, son système de valeurs et ses aspirations
- Ses moyens d'adaptation

Le thérapeute doit développer une bonne connaissance du vécu du patient : comment il se sent par rapport à autrui, à son futur et à son passé. Une fois que le thérapeute est au clair par rapport aux sentiments que le patient éprouve à l'égard de sa situation et de son Moi actuel, il est possible d'explorer comment il se considérerait avant la survenue de l'épisode. Finalement, il est important de déterminer avec le patient comment il se voit dans le futur, comment cette vision de lui-même peut avoir changé, et pourquoi.

Alliance thérapeutique : Des difficultés dans la relation thérapeutique peuvent provenir tant du côté du thérapeute que du patient. Par exemple, le thérapeute peut manquer d'empathie, sous-estimer la gravité de la situation, avoir une mauvaise technique, ou être en désaccord avec le patient quant au processus thérapeutique.

Le patient peut souffrir de troubles cognitifs transitoires découlant de l'épisode. De plus, la plupart des patients n'ont aucune expérience de thérapie, et peu ou pas d'idée de ce que l'on attend d'eux, ou de ce qu'ils peuvent espérer de la thérapie. Fréquemment, ils n'ont pas l'habitude des entretiens, de parler de leurs sentiments et de leurs préoccupations. Ils ont souvent une conscience limitée de leur maladie et ne recherchent souvent pas d'aide. Une admission involontaire ou un traitement sous contrainte peuvent également avoir gravement mis à mal leur confiance.

En présence d'un patient qui a masqué les problèmes, plutôt que de les intégrer pendant ou après l'épisode, ou qui est réticent à s'engager dans un processus psychothérapeutique, il convient d'adapter l'approche afin de faciliter la prise en soins. Par exemple, offrir une aide pour des démarches pratiques, telles que reconnecter le téléphone ou payer les factures d'électricité, peut aider le patient à comprendre que le thérapeute veut agir pour lui, plutôt que sur lui. En effet, de nombreux patients craignent d'être stigmatisés par leur maladie et d'être embarrassés; il est donc nécessaire de commencer la thérapie au niveau où se trouve le patient.

Adaptation : L'adaptation commence par la découverte du self – il s'agit d'aider le patient à reprendre confiance en lui-même et en sa capacité de réaliser son potentiel, et d'instiller en lui l'espoir que la situation peut changer.

La seconde étape est de renforcer l'estime de soi, étape au cours de laquelle la psycho-information joue un rôle primordial. Il est important de dire au patient que le développement d'un handicap et d'une mauvaise qualité de vie ne sont pas inéluctables. Il doit savoir qu'il peut contribuer activement à son rétablissement, par exemple en acquérant des stratégies d'adaptation et de management du stress, en apprenant à reconnaître les signes annonciateurs d'une rechute, en profitant des structures de traitement et de soutien, et en poursuivant ses objectifs de vie. Le travail cognitif et d'adaptation aide le patient à identifier ses points forts et ses limites, à planifier de manière réaliste ses projets et ses objectifs, et à augmenter son éventail de stratégies d'adaptation.

La mise en œuvre de nouveaux objectifs et la reprise des anciennes activités positives sont des focus importants de cette phase du traitement. Les obstacles au changement doivent être identifiés, comme par exemple, la perte de confiance en soi ou le retrait social, qui sont très fréquents. L'approche cognitive est fondamentale, en ceci qu'elle permet de remettre en question les préjugés du patient quant à ce qui peut, et ce qui ne peut pas être réalisé.

La troisième étape de l'adaptation est de mettre le patient en action. Le thérapeute encourage et assiste le patient pour la mise en route des éléments de changements, et évalue les progrès. Les résultats positifs sont importants, mais il est important que le patient sente qu'ils sont le résultat de ses actions et le reflet de ses capacités personnelles. Certaines activités peuvent être banales (par exemple, sortir avec quelques amis), ou au contraire très importantes (comme par exemple, contacter un employeur pour un travail).

Un exemple

Une jeune femme vient de recevoir un traitement pour un premier épisode psychotique, marqué par l'apparition rapide de symptômes positifs. La récupération a été rapide, cependant, la survenue de la maladie a renforcé une attitude parentale surprotectrice déjà présente avant le premier épisode. Les parents découragent toute tentative de socialisation, et la patiente hésite à reprendre tant son activité professionnelle que ses relations sociales antérieures.

Les problèmes principaux identifiés par le thérapeute sont la crainte que la patiente éprouve de devoir expliquer les raisons de son absence au travail, son hésitation à se confronter à ses parents, une auto-stigmatisation, et la persistance de difficultés à comprendre ce qui lui est réellement arrivé, ainsi que la nature de sa maladie.

Le thérapeute propose alors quelques séances supplémentaires d'information sur la maladie, aide la patiente à identifier ses prédictions négatives, propose quelques jeux de rôle et propose des tâches graduelles pour permettre l'émancipation par rapport aux parents et la poursuite de ses propres intérêts.

L'étape finale consiste à responsabiliser le patient. Le thérapeute l'aide à augmenter sa confiance en lui et à se distancer des aspects négatifs de l'environnement social (par exemple, la stigmatisation). Le thérapeute peut s'appuyer sur ce que le patient est parvenu à réaliser dans la phase de rétablissement, et utiliser les techniques cognitives pour l'aider à remettre en question ses craintes face à la société.

Traitement des morbidités secondaires :

Les techniques de psychothérapie cognitivo-comportementales sont aussi utiles pour faire face aux morbidités secondaires, telles que la dépression post-psychotique, les attaques de panique, la phobie sociale, les états de stress post-traumatiques, les troubles obsessionnels-compulsifs, les abus de substances et les troubles du sommeil.

Il peut être difficile de faire la part des choses entre des troubles présents avant le premier épisode psychotique et ceux qui y sont secondaire. Cependant, on peut approcher ces situations de manière pragmatique : si le problème semble avoir émergé après l'épisode psychotique et semble secondaire à des difficultés d'adaptation à cette situation, il doit devenir un centre d'intérêt dans la thérapie.

L'évaluation des morbidités secondaires peut être thérapeutique en soi, étant donné qu'elle permet de dresser un inventaire des difficultés et qu'elle peut aider le patient à réaliser qu'il peut être en mesure d'avoir un certain contrôle sur ces symptômes. Le traitement des morbidités secondaires dans le cadre de COPE est d'inspiration cognitive et commence par l'enseignement du questionnement cognitif (cognitive disputation). D'autres traitements psychologiques peuvent être utilisés pour l'anxiété primaire, les troubles affectifs et l'abus de substance, qui peuvent accompagner les troubles psychotiques. Il est toutefois possible qu'il faille les simplifier et les appliquer de manière plus progressive du fait du jeune âge du patient, des variations de son état psychique et des possibles perturbations résiduelles des fonctions cognitives de base, qui limitent les capacités d'intégration.

Le thérapeute doit être flexible dans son approche. Par exemple, une attitude de repli et de phobie sociale peut avoir un rôle de défense chez un patient qui souffre encore d'idées paranoïdes à l'égard de son entourage. Dans une telle situation, il est important de percevoir que ce sont les symptômes paranoïdes persistants, et non la phobie sociale, qui sont le problème principal.

Par exemple

Un jeune homme a développé un premier épisode psychotique qui l'a conduit à perdre le contact avec ses amis et sa place dans une équipe de sport. Une fois les symptômes résolus, il restait sans motivation, un peu déprimé, et se montrait incapable de reprendre ses activités. Ses parents, qui donnent une grande importance au travail, critiquaient ce comportement.

Ce jeune homme avait une tendance perfectionniste avant l'épisode psychotique; il avait le sentiment de décevoir sa famille et ne croyait plus en son avenir.

L'approche du thérapeute fut de renforcer les connaissances du patient par quelques séances additionnelles d'information sur la maladie, et de proposer des stratégies simples pour les symptômes dépressifs modérés (par exemple, la planification d'activités positives). Le patient en vint progressivement à reconnaître ses émotions et ses pensées, et à identifier la perception négative de lui-même comme un obstacle principal à son amélioration. Le questionnaire cognitif, la prescription de tâches graduelles et des séances de jeu de rôle lui furent proposés pour qu'il puisse progressivement reprendre contact avec ses amis et reprendre ses activités antérieures.

Traitement des délires et des hallucinations :

Malgré l'efficacité des médicaments antipsychotiques dans le traitement de l'accès psychotique aigu et dans la prévention des rechutes, nombre de patients souffrent de symptômes positifs et négatifs persistants. Près de 75% des patients qui ont présenté un premier épisode psychotique n'étaient pas compliants à la médication, et près de 50% de ceux qui sortent de l'hôpital prennent moins de 75% de la médication prescrite (Kingdon et al, 1994).

Les bénéfices des thérapies cognitives dans le traitement des symptômes positifs ont remis en question le point de vue largement répandu que les interventions psychologiques n'ont pas leur place dans le traitement des symptômes fondamentaux de la psychose. Ces approches sont basées sur les faits suivants :

- Les phénomènes psychotiques ne sont pas exclusivement présents ou absents; ils existent le long d'un continuum qui peut se décrire en termes de degré de préoccupation, de fréquence ou d'intensité.
- La conviction avec laquelle le patient considère ses idées délirantes peut varier dans le temps.
- Chaque individu a la possibilité d'observer ses propres comportements – ceci inclut les hallucinations et les délires.
- Le patient tente de comprendre son expérience afin de diminuer le doute, l'anxiété et l'auto-stigmatisation

Le contenu cognitif (croyances spécifiques) et les processus cognitifs (distorsions cognitives) qui sous-tendent les délires et les hallucinations doivent être au centre de l'intervention psychologique. Une intervention appropriée doit combiner des techniques comportementales (telles des techniques de distraction, de diminution de l'anxiété, de concentration), des stratégies d'adaptation, des interventions cognitives et une approche psychodynamique.

L'intervention STOPP (Suivi Thérapeutique Orienté sur la Psychose Persistante), dont il a brièvement été fait mention au point 3.3.5, est un exemple d'application de traitements psychologiques aux hallucinations et aux délires. Les éléments clés de l'intervention STOPP sont résumés dans le Tableau 17.

TABLEAU 17 : Éléments fondamentaux de l'intervention STOPP (Suivi Thérapeutique Orienté sur la Psychose Persistante) (Jackson et al, 1999)

PHASE D'ÉVALUATION
<ul style="list-style-type: none"> • Evaluation du modèle explicatif du patient ; analyse comportementale ; date de début des symptômes psychotiques ; abus de substance et d'alcool ; niveau d'anxiété et de dépression ; traits de personnalité ; problèmes de développement. • Établissement d'une formulation psychologique
PHASE D'ADAPTATION ET DE PSYCHO-ÉDUCATION
<ul style="list-style-type: none"> • Enseignement et mise en place de stratégies d'adaptation pour faire face aux symptômes psychotiques • Intervention spécifique pour les comorbidités anxieuses et dépressives • Psychoéducation et principes de minimisation des risques dans le domaine des abus de substances • Psychoéducation et intervention dans le domaine de la compliance au traitement • Introduction de modèles de normalisation de l'expérience psychotique • Explorations des croyances au sujet de la maladie mentale
MODIFICATION DES CROYANCES ET EXPLORATION DE LA SIGNIFICATION DES SYMPTÔMES
<ul style="list-style-type: none"> • Restructuration cognitive et modification des croyances à propos des symptômes positifs • Investigation et intervention au niveau des croyances centrales, avec une focalisation particulière sur les problèmes d'estime de soi et d'identité • Exploration de la signification possible des symptômes
FIN, RÉVISION ET PRÉVENTION DE LA RECHUTE

Information supplémentaire :

Jackson HJ, Hulbert CA, Henry LP (2000). The treatment of secondary morbidity in first-episode psychosis. In: Birchwood M, Fowler D, Jackson C (Eds.) Early intervention in Psychosis. A guide to concepts, evidence and intervention. Bognor Regis: Wiley.

Jackson HJ, McGorry PD, Henry L et al (2001). Cognitively oriented psychotherapy for early psychosis (COPE): A 1-year follow-up. British journal of Clinical Psychology, 40: in press.

Jackson HJ, McGorry PD, Edwards J (2001). Cognitively oriented psychotherapy for early psychosis: Theory, praxis, outcomes and challenges. In: Corrigan P, Penn D, (Eds) Cognition and schizophrenia, Washington: American Psychiatric Press, Inc.

4.3 Travail Avec Les Familles

Les familles peuvent jouer un rôle vital dans le soutien à une personne qui vient de vivre un premier épisode psychotique, faciliter l’engagement dans le traitement, et diminuer la morbidité à long terme.

De plus, un premier épisode psychotique peut avoir un impact considérable sur les proches, qui auront donc à leur tour besoin d’information et de soutien. Le chemin parcouru jusqu’à ce que des soins appropriés soient obtenus est souvent long et tortueux. Lors du premier contact avec la famille, on peut souvent observer de la culpabilité, de la colère, de la tristesse, ou un sentiment de perte. Le premier contact avec le case manager fait souvent office de séance de débriefing, et offre également une occasion d’informer les familles au sujet de la structure du système de soins, du bénéfice qui peut découler de son implication dans le traitement du patient.

Quelques uns des principes concernant le rôle de la famille sont les suivants :

- Le travail avec les familles doit être entrepris sur un mode de collaboration, et doit être adapté aux besoins de chaque famille spécifique.
- Le principal objectif est de rendre la famille capable de faire face et de s’adapter à la crise que représente une maladie psychotique.
- L’approche des problèmes familiaux préexistants doit être guidée par les principes généraux de l’intervention de crise.

Il est important de connaître l’avis du patient en ce qui concerne l’implication de sa famille dans le traitement. Dans certains cas, le patient ne souhaite pas que sa famille soit impliquée; il est important d’explorer les raisons d’une telle attitude. L’importance de la confidentialité du traitement et de l’établissement d’une relation thérapeutique basée sur la confiance doit être prise en considération et mise en balance avec les besoins de soutien de la famille (il est également possible d’adresser la famille à des groupes de proches, qui peuvent apporter un soutien important si leur implication dans le traitement met clairement en péril la relation thérapeutique. La situation peut être réévaluée régulièrement).

Certains des bénéfices potentiels de l’implication des familles dans le traitement sont relevés dans le Tableau 18.

TABLEAU 18 : Quelques bénéfices de l’implication des familles dans le traitement d’un premier épisode psychotique
<ul style="list-style-type: none"> • Les familles peuvent fournir des informations importantes. Ils peuvent participer au traitement.
<ul style="list-style-type: none"> • Les membres de la famille se sentent mieux
<ul style="list-style-type: none"> • La famille peut être plus calme, plus à même de soutenir et de soutenir le patient, moins susceptibles d’augmenter son état de détresse
<ul style="list-style-type: none"> • La famille peut participer au développement d’une adhérence au traitement dans la phase initiale du traitement

Les stratégies suivantes sont suggérées dans le cadre du travail avec les familles :

- Le contact initial avec les familles devrait avoir lieu dans les 48 heures suivant l’évaluation initiale, de manière à ce qu’une intervention de crise, de soutien et de psychoéducation puisse être fournie.
- Lors du premier entretien avec la famille, il est important de se faire une idée du degré de ses connaissances de la psychose, ainsi que d’identifier ses besoins actuels.
- La famille devrait dans la mesure du possible être incluse dans les bilans d’évolution au cours du traitement et de la phase de récupération.
- Psychoéducation et soutien devraient être proposés aux familles dans la phase initiale, et également de manière continue, et adaptée aux besoins aussi bien sous une forme individuelle que de groupe.

Un exemple

Les parents d’un jeune patient étaient fortement opposés dans leur perception de la maladie de leur fils. Le père était fâché, et considérait que la consommation de cannabis était la cause de la maladie. La mère adoptait une attitude beaucoup plus tolérante et avait une attitude de soutien.

Les parents avaient chacun développé leur modèle explicatif de la maladie; toutefois, les séances de psychoéducation, au cours desquelles l’accent fut mis sur le modèle « stress-vulnérabilité » leur ont permis de trouver un terrain d’entente. Bien que certains éléments de leurs points de vue soient restés différents, leur collaboration devint nettement plus positive pour soutenir leur fils et l’assister dans le processus de rétablissement.

Un exemple

Un jeune patient atteint de psychose utilisait du cannabis de manière chronique et importante avant le début de la maladie, et continuait d'en prendre après le début du traitement.

Son jeune frère, âgé de 16 ans, avait initialement une attitude très hostile à l'égard du case manager qui cherchait à travailler sur ce problème avec les membres de la famille. Après des contacts répétés, le jeune frère devint progressivement plus collaborant. À la surprise générale, il devint le « policier » de la famille, bannissant le cannabis de la maison et aidant son frère à ne pas consommer de drogue.

Le travail avec la famille se fait parallèlement aux phases de la maladie. Dans la phase aiguë, la famille peut se sentir soulagée que le problème soit pris en charge. Cependant, elle aura besoin de soutien pour faire face à la nouvelle situation et à ses conséquences. Elle peut contribuer de manière importante au travail de l'équipe thérapeutique, particulièrement si le patient développe une attitude régressée et moins mature dans la relation parent-enfant. La famille peut aussi manifester un certain degré de frustration quand le processus de rétablissement n'est pas aussi rapide qu'elle l'espère.

Pendant la phase de rétablissement, la famille peut contribuer à identifier les signes précoces qui ont précédé l'épisode initial, et ainsi contribuer à déceler les signes précurseurs de rechute ou à identifier les éventuels facteurs de stress qui peuvent y contribuer. Cependant, une fois acquise cette compétence, la famille peut développer un sentiment de culpabilité de ne pas avoir su identifier le problème plus tôt, ou ne pas avoir demandé de l'aide à temps. Il peut également exister des sentiments de rancune si l'accès aux soins s'est avéré difficile, ou si les parents sont insatisfaits de la qualité des soins qu'ils ont reçus initialement. Les parents vont traverser des phases similaires à celles que traverse le patient face à la maladie : ces réactions vont du déni à l'intégration de l'expérience psychotique.

Le modèle explicatif de la psychose va être l'un des éléments centraux du travail avec la famille. Celle-ci peut en venir à blâmer des facteurs extérieurs tels que la mauvaise influence de certains camarades ou l'abus de drogue. La psychoéducation jouera un rôle primordial pour que la famille puisse prendre connaissance des concepts contemporains de la psychose, en particulier le modèle « stress-vulnérabilité ».

Un exemple

La famille d'un jeune patient était convaincue que la maladie avait été causée par sa forte consommation de cannabis. Les parents étaient extrêmement frustrés par le fait que leur fils ne partage pas leur point de vue, qu'il refuse la médication et qu'il continue à consommer du cannabis. Ils pensaient qu'il devrait, au contraire, simplement accepter l'évidence et se comporter selon les conseils qui lui étaient donnés.

Les multiples discussions entre le case manager et les parents permirent à leur point de vue d'évoluer vers l'acceptation du fait que la maladie perturbait la capacité d'insight de leur fils, que l'adhérence au traitement pouvait être tributaire d'une multitude de facteurs, et qu'une attitude de soutien aurait davantage de bénéfices qu'une attitude de confrontation. Ils parvinrent également à réaliser qu'ils éprouvaient un certain degré de culpabilité à l'égard du développement de la maladie pas leur fils et que leur attitude était influencée par la stigmatisation sociale liée à la maladie. Ils purent être rassurés par le fait de savoir que le rétablissement était probable, mais que le processus pourrait durer un certain temps.

Un exemple

Une jeune patiente souffrait d'une forme intense de maladie psychotique et son évolution n'était pas aussi rapide que l'on aurait pu espérer. Une équipe pluridisciplinaire se pencha sur le diagnostic et les alternatives thérapeutiques. Toutefois, la patiente continuait à présenter des symptômes psychotiques marqués, malgré ce que l'on pensait être un traitement optimal.

La famille était d'autant plus préoccupée qu'on leur avait donné une vision faussement optimiste de l'évolution probable de la maladie. Une discussion avec l'équipe soignante permit de reconnaître le sentiment de frustration et de déception de la famille, et de souligner que tous les cas n'évoluaient pas comme la moyenne. Les services de santé mentale adoptent actuellement une attitude « d'optimisme réaliste » au sujet des chances de rétablissement probable, dans la plupart des cas. Cependant, la possibilité d'une résistance au traitement existe. En dépit du fait que l'évolution de leur fille n'était pas favorable, la famille put développer l'espoir plus adapté qu'elle puisse être moins handicapée par ses symptômes et qu'elle put encore progresser.

4.4 Problèmes Culturels

L'interprétation de l'épisode psychotique par le patient et sa famille, leurs attentes à l'égard du traitement et du rétablissement, peut être profondément influencée par le contexte culturel, la religion ou d'autres croyances. Les diverses croyances qui peuvent exister au sein de la communauté doivent être prises en compte par le case manager lors de l'évaluation et du traitement d'un patient souffrant de psychose débutante.

Bien que des facteurs tels que la culture, la religion, ou l'appartenance ethnique puissent jouer un rôle dans la réaction face à un épisode psychotique, il est important de ne pas tomber dans des stéréotypes et de se souvenir qu'il peut y avoir autant de variantes de croyances dans une société culturelle étrangère, que dans la propre culture du case manager.

Un exemple

Une femme souffrant de psychose était venue d'El Salvador en Australie, pour fuir les persécutions liées à la guerre civile dans son pays. Son père et sa sœur l'ont suivie pour la protéger, car elle était gravement menacée. Par contre, la mère est restée au pays, dans une situation de danger considérable.

Le case manager doit tenir compte, dans son évaluation des étapes de développement de la patiente avant l'épisode psychotique, de ce contexte tumultueux, de la désorganisation perpétuelle de la famille, des facteurs de stress passés et présents et de leur influence sur les manifestations de la maladie, ainsi que de l'impact des divers traumatismes sur ses relations sociales et sur sa perception de l'autorité.

Par exemple

Un jeune patient d'origine turque, né en Australie de parents immigrés de première génération, dut être hospitalisé pour un premier épisode psychotique. On relevait de très importantes différences dans la manière que le patient et ses parents avaient d'interpréter l'épisode psychotique. Les parents considéraient qu'il s'agissait d'un trouble de la personnalité résultant de leur fils de sa culture d'origine. Le patient avait le sentiment d'appartenir aux deux cultures, alors que les parents se sentaient exclusivement de culture turque.

Le case manager dut adapter son approche psycho-éducative aux besoins différents des parents et du patient, et accepter que les différences de points de vue au sujet de la personnalité, de la maladie mentale et du potentiel de rétablissement, ne pourraient pas être complètement réconciliés.

Par exemple

Une jeune patiente récemment immigrée de Chine a développé un premier épisode psychotique après la naissance de son premier enfant. Bien qu'elle-même et son compagnon aient donné le sentiment d'être réceptifs au message transmis lors des séances de psychoéducation, le case manager doutait qu'ils ait réellement accordé du crédit à l'information proposée. Quelques mois plus tard, il s'avéra que le couple pensait que des mauvais esprits dans la maison avaient contribué à la survenue de l'épisode. Après visite à domicile, le case manager put constater que le logement était bruyant et déprimant. Le couple put déménager peu après, et le fait de vivre dans un environnement plus plaisant sembla contribuer à l'amélioration de la situation.

4.5 Abus De Substance

L'abus de substance est l'une des comorbidités les plus fréquentes lors d'un premier épisode psychotique. Il est parfois difficile de savoir si l'abus de substance est une conséquence du trouble psychotique ou s'il a contribué à son apparition, ou les deux à la fois. D'une part, ces substances peuvent être utilisées comme une « automédication » dans le but de faire face au désarroi causé par les symptômes psychotiques. D'autre part, l'abus de substance peut précipiter le déclenchement de la psychose chez les sujets présentant d'autres facteurs de vulnérabilité.

L'abus de substance peut retarder l'accès au traitement, surtout si les symptômes y sont attribués, plutôt qu'à la maladie elle-même. Quelle que soit la relation entre l'abus de substance et la psychose, il en découle une évolution moins favorable de la maladie.

Le mode d'utilisation des drogues peut varier grandement d'un patient à l'autre; l'émergence des symptômes psychotiques est souvent un facteur de modification des habitudes de consommation des patients. Par exemple, le choc découlant de la survenue d'un premier épisode psychotique dans le contexte d'un abus important de cannabis peut suffire à conduire à l'abstinence dans certains cas.

Si un patient atteint de psychose attribue sa maladie à l'abus de substance, il est adéquat que le case manager utilise cette base pour renforcer l'idée de la réduction de la consommation.

Les case-managers ont beaucoup de responsabilités, et ne devraient pas forcément se considérer comme des experts dans le traitement des problèmes d'abus de substance. De même, l'intensité de l'effort qui peut être consenti dans le domaine de l'abus de substance dépend aussi des autres priorités, comme il en a été fait mention dans la figure 1 (page 13). La coopération avec les intervenants des services spécialisés dans les abus de substance – qui sont souvent indépendants des services de psychiatrie – peut apporter des solutions pratiques, aussi bien pour le case manager que pour le patient.

Cannabis et psychose : Un nombre important de travaux de recherche se sont penchés sur le lien entre l'abus de substance et la maladie mentale. Cependant, la plupart se sont focalisés sur les polytoxicomanes et sur l'abus de drogues « dures » telles que la cocaïne et l'héroïne. Cependant, il existe un manque d'informations au sujet de la valeur des interventions visant à la diminution de l'abus dans de telles circonstances, en particulier au sujet

des programmes destinés à l'abus de cannabis. Le manque d'études relatives aux effets de l'abus de cannabis confirme l'expérience, anecdotique, que l'abus de cannabis est associé à une évolution moins favorable de la schizophrénie et aux troubles associés.

Certaines approches actuelles sur l'abus de substance sont applicables aux patients en phase précoce des troubles psychotiques (Edwards et al, in press) :

- Chez des patients qui consultent les services de santé pour un autre problème, une intervention brève est plus efficace qu'aucune intervention et, parfois, autant efficace qu'une intervention plus longue.
- La minimisation des dégâts peut constituer un but plus réaliste que l'abstinence totale. Les dégâts induits par le cannabis peuvent comprendre l'exacerbation des symptômes psychotiques, l'absence de réponse au traitement ainsi que des conséquences financières, sociales et légales.
- Le concept de « stades de changement » peut s'appliquer au traitement de l'abus de substance. On peut adapter le traitement en fonction du stade de changement dans lequel le sujet se trouve selon la classification de Prochaska et DiClemente. Les différents stades sont les suivants : pré-contemplation, contemplation, détermination, action, consolidation et, parfois, rechute.
- Un premier épisode psychotique peut constituer une motivation puissante vers un changement puisqu'il est souvent traumatisant.

Quelques considérations spécifiques aux patients présentant un premier épisode psychotique sont soulignées dans le Tableau 19.

TABLEAU 19 :
Traitement de l’abus de cannabis lors d’un premier épisode psychotique (Edwards et al, in press)

<ul style="list-style-type: none"> • Les jeunes patients réagissent mal quand on les sermonne ou qu’on les confronte. Un style autoritaire ou paternaliste a peu de chances d’être bien reçu.
<ul style="list-style-type: none"> • Les patients qui commencent un traitement pour leur psychose ne se soucient souvent pas de leur consommation de cannabis. Il faut user de beaucoup de sensibilité pour développer une alliance et pour attirer leur attention sur le problème du cannabis.
<ul style="list-style-type: none"> • Les patients présentant un premier épisode psychotique peuvent présenter une variété de troubles et différents modes de consommation de cannabis, ainsi que se trouver à des stades différents du processus de rétablissement. Une approche flexible du traitement est donc nécessaire.
<ul style="list-style-type: none"> • Les symptômes psychotiques peuvent compliquer l’évaluation et le traitement de l’abus de substance. Ceux-ci comprennent la confusion, les troubles formels de la pensée, les troubles cognitifs, la paranoïa, la distraction, et le manque de motivation. Des efforts particuliers peuvent d’avérer nécessaires pour favoriser la compréhension et la rétention de l’information.
<ul style="list-style-type: none"> • L’utilisation de cannabis peut déstabiliser l’état mental et diminuer la motivation. Il est parfois nécessaire de proposer un environnement sûr et « sans cannabis » avant de pouvoir agir sur le comportement.
<ul style="list-style-type: none"> • Les patients présentant un premier épisode psychotique peuvent avoir développé un environnement social au sein duquel l’abus de substance est commun et largement accepté, et cet environnement social leur donne un sentiment d’intégration.

Intervention dans l’abus de cannabis :

Un programme développé à EPPIC évalue l’impact d’une intervention brève chez des patients présentant un premier épisode psychotique et un abus de cannabis. L’abus grave de cannabis est associé à un risque accru de rechute et de persistance des symptômes chez certains patients souffrant de psychose, et le taux d’abus de cannabis est plus élevé chez les sujets qui présentent un premier épisode psychotique que dans la population générale du même âge. Cependant, on ne sait pas encore si l’abus grave de cannabis précède ou suit la survenue du premier épisode psychotique.

Le développement du programme a aussi été motivé par les difficultés rencontrées à proposer des interventions efficaces pour les raisons suivantes :

- Séparation fréquente des services d’abus de substance et de santé mentale
- Manque de conseils réalistes pour des interventions facilement applicables, intégrées dans un traitement global, adaptées, pratiques, adaptées aux besoins individuels et reproductibles
- Manque de recherches

- La perception publique délétère que le cannabis est sans danger
- Le fait que les patients qui abusent du cannabis soient en situation de crise constante, ce qui interfère avec le traitement.

Le développement du programme s’est fait en tenant compte du fait que des stratégies de traitement de l’abus de substance étaient déjà appliquées dans divers cadres, soit dans le case management, le travail en groupe, la réhabilitation professionnelle, l’entraînement aux habiletés sociales et le soutien à domicile. Cependant, plusieurs patients ne disposaient pas d’une psychoéducation suffisante du fait de leur non adhérence au suivi, de leur engagement limité dans le traitement ou du manque de ressources pour délivrer les soins.

Le programme vise donc à :

- Développer la prise de conscience que l’abus de cannabis est potentiellement problématique, quel que soit le type de trouble psychotique
- Développer la volonté de changer la consommation de cannabis.

Dix sessions de thérapie cognitive individuelle ont été développées par des psychologues cliniciens, basées sur la psychoéducation au sujet des effets du cannabis sur la psychose et sur le rétablissement, ainsi que sur l'entretien motivationnel visant à atteindre un engagement au changement (Tableau 20). Les sessions 1 à 6 sont structurées, et les sessions 7 à 10 sont semi-structurées.

TABLEAU 20 : Intervention en 10 sessions pour réduire l'abus de cannabis

Session 1 :	Introduction et engagement
Session 2 :	Evaluation et soutien par entretien motivationnel
Session 3 :	Feed-back et définition des objectifs
Sessions 4 à 6 :	Résolution de problèmes – évaluation des obstacles au changement
Sessions 7 à 10 :	Résolution de problèmes – maintien et renforcement positif

Afin de déterminer si la consommation de cannabis constitue un problème, on évalue le temps et l'argent dévolus à la consommation du cannabis, ainsi que la quantité consommée.

Quelques unes des techniques utilisées pour aborder le problème de l'abus de cannabis et d'autres drogues sont décrites dans le Tableau 21.

**TABLEAU 21 :
Techniques utilisées pour aborder le problème de l'abus de cannabis et d'autres drogues**

<ul style="list-style-type: none"> • Souligner que l'abus de cannabis est néfaste pour l'individu en question – « vous êtes l'un des malchanceux »
<ul style="list-style-type: none"> • Donner de l'information sur les liens établis entre la psychose et l'abus de cannabis
<ul style="list-style-type: none"> • Explorer les raisons pour lesquelles le patient consomme du cannabis, et proposer d'autres moyens de faire face à ces raisons (relaxation, contacts sociaux...)
<ul style="list-style-type: none"> • Viser la minimisation des dégâts – par exemple, éviter de conduire, éviter les endroits et les activités dangereuses, limiter la quantité utilisée
<ul style="list-style-type: none"> • Utiliser le modèle des stades de changement : pré-contemplation, contemplation, action. Le processus de changement peut prendre du temps
<ul style="list-style-type: none"> • Recourir à l'aide des camarades pour décourager l'abus de substance

4.6. Troubles De La Personnalite

La personnalité se définit par la façon dont une personne pense, ressent les choses et se comporte – le mode de comportement que la personne adopte, aussi bien consciemment qu'inconsciemment, comme son style de vie et sa façon d'être. Chez les personnes souffrant d'un trouble de la personnalité, ce mode de comportement est rigide et mal adapté, ce qui occasionne une limitation fonctionnelle significative et un sentiment de détresse.

Les éléments de personnalité et les troubles de la personnalité peuvent compliquer l'évaluation de patients présentant une psychose et rendre le traitement plus difficile. Par exemple :

- La présence de troubles de la personnalité préexistants peut modifier la façon que le patient a d'interpréter les symptômes psychotiques ou la description qu'il en donne aux intervenants.
- Les comportements associés aux troubles de la personnalité peuvent compliquer le traitement, par exemple, en diminuant l'adhérence au traitement ou en ajoutant des éléments d'hostilité ou d'agressivité.
- Les caractéristiques de certains troubles de la personnalité peuvent limiter le processus d'engagement dans le traitement et compromettre l'alliance thérapeutique avec le case manager.
- L'évaluation du rétablissement sera plus difficile si l'objectif du traitement – le retour au niveau de fonctionnement antérieur – comprend des comportements liés au trouble de personnalité pré-morbide.
- Certains traits de personnalité peuvent constituer des facteurs de risques (augmentant la vulnérabilité) pour un trouble psychotique ou agir comme facteur de stress précipitant la survenue du trouble psychotique.
- Des changements de personnalité peuvent survenir comme complication d'un trouble psychotique (une des multiples formes de morbidité secondaire).

Il peut s'avérer difficile, pour un case manager, de devoir faire face à un trouble psychotique et à un trouble de la personnalité associé. Si l'on suspecte que le trouble de la personnalité constitue un facteur important du trouble psychotique ou de son traitement, il est parfois plus sage de demander de l'aide pour faire face à la situation.

Le fait de communiquer suffisamment au sein de l'équipe thérapeutique aidera à partager l'histoire du patient et à proposer un plan de traitement cohérent pour faire face aux problèmes liés au trouble de personnalité. Une étiquette de trouble de la personnalité peut avoir une connotation négative et influencer la façon dont les cliniciens approcheront le patient dans le futur (Lewis & Appleby, 1988). Il est donc important d'être prudent avant de poser un tel diagnostic.

La psychothérapie peut s'avérer efficace dans la résolution de certains aspects négatifs des troubles de la personnalité, mais son intégration dans le traitement du trouble psychotique devra se faire avec prudence.

Information supplémentaire :

Hulbert CA, Jackson HJ, McGorry PD (1996). Relationship between personality and course and outcome in early psychosis: a review of the literature. *Clinical Psychological Review*, 16, 707-727.

4.7 Psychoses Affectives

Les psychoses non affectives comprennent les troubles suivants : schizophrénie, trouble schizophréniforme, épisode psychotique bref et trouble délirant persistant. Les psychoses affectives comprennent : trouble bipolaire, trouble schizo-affectif et dépression majeure avec caractéristiques psychotiques.

Une étude récente a révélé que parmi 231 patients admis à EPPIC, 33.3% présentaient une psychose affective, les formes les plus courantes étant le trouble schizo-affectif et le trouble bipolaire (Power et al, 1998).

Parmi les caractéristiques qui distinguent les psychoses affectives de la schizophrénie des autres psychoses non affectives, on retient les éléments suivants :

- Dénier et délire de grandeur associés à l'état maniaque
- Un prodrome plus court et une récupération plus rapide
- La persistance de déficits après récupération de la symptomatologie psychotique (contrairement à certains points de vue, le niveau fonctionnel après une rémission peut parfois être pire que dans le contexte d'une psychose non affective)
- Une aggravation du cours de la maladie au fil des ans, comparé aux psychoses non affectives, dont le cours va parfois en s'améliorant avec l'âge

- Le besoin d'une médication différente et additionnelle et d'approches psychologiques spécifiques
- Une grande vulnérabilité aux épisodes dépressifs et au suicide
- Un degré moindre de déficits cognitifs
- Un manque d'insight (comprenant parfois le sentiment que l'état maniaque est celui que le patient préfère)
- Une charge importante pour la famille au cours des épisodes maniaques.

Les stabilisateurs de l'humeur, habituellement le lithium et le valproate de sodium, sont les médicaments de première ligne, étant donné qu'ils peuvent améliorer considérablement la qualité de vie et l'évolution de ces troubles. Les interventions psychosociales, aussi bien individuelles que familiales, ne sont considérées comme un élément essentiel du traitement en association avec la médication que depuis peu (Scott, 1995).

Troubles bipolaires : L'âge du début des troubles bipolaires est typiquement l'adolescence ou le début de la troisième décennie de vie. Les premiers 12 à 24 mois après le début de la maladie constituent une période critique en terme d'ajustement de la maladie, de développement de l'insight et de l'adhérence au traitement. Comme dans les autres formes de psychose, il semble logique qu'une intervention précoce et préventive favorise le rétablissement, voire repousse les rechutes, améliore l'adhérence au traitement et limite l'impact négatif qu'une maladie chronique peut avoir sur une personne jeune et sa carrière.

Psycho-éducation : Comme dans les autres formes de psychose, la psycho-éducation est un élément vital du traitement des troubles bipolaires et des autres formes de psychose affective. La psycho-éducation permet de donner des informations au sujet de la maladie, d'augmenter la prise de conscience, de diminuer la stigmatisation, de favoriser l'adhérence à la médication et d'améliorer les stratégies d'adaptation. Une étude récente a démontré que l'entraînement des patients à l'identification des signes précoces de rechute était associé à une amélioration significative de l'évolution clinique (Perry et al. 1999).

Psychothérapie : Les thérapies cognitives et comportementales (TCC) sont des interventions focalisées qui visent à aider l'individu à identifier et à surmonter des patterns de pensée et de comportement mal adaptés. Cependant, la plus grande partie de la recherche en TCC dans le domaine des troubles psychotiques s'est faite autour des troubles du spectre de la schizophrénie plutôt que dans les troubles du spectre bipolaire, et principalement chez des patients souffrant d'un trouble bien établi plutôt que chez des patients récemment diagnostiqués. Le petit nombre de recherches conduites dans les troubles bipolaires se sont focalisées sur le rôle que peuvent jouer les TCC dans une meilleure adhérence au traitement stabilisateur de l'humeur, tel que le lithium.

Une étude pilote conduite récemment à EPPIC a démontré des résultats encourageants pour une thérapie TCC appliquée à une population de premiers épisodes de trouble bipolaire. Elle portait sur 16 patients qui étaient dans une phase de rétablissement précoce, dont 7 ont été inclus dans le programme COPE (décrit sous 4.2.4), et 9 dans le traitement standard qui ne comprenait pas l'intervention COPE. Les patients des deux groupes avaient des caractéristiques prémorbides similaires. Après 6 et 12 mois, les patients ayant bénéficié de l'intervention COPE avaient une meilleure qualité de vie et moins d'éléments psychopathologiques.

Intervention familiale : L'intervention familiale est aussi importante dans les troubles bipolaires que dans les autres formes de psychose. Les familles font souvent face à la peur, à la perplexité et à un sentiment d'impuissance lorsque leur proche présente la première phase aiguë. Il est important pour les familles qu'un traitement approprié soit instauré dès que possible, et qu'ils aient la possibilité de parler de leur propre réaction, de recevoir des informations au sujet de la maladie et du traitement, et qu'ils puissent accéder à de l'information et à du soutien tout au long du traitement selon leurs besoins.

Le paradigme biopsychosocial suggère que le cours de la maladie est influencé par des facteurs environnementaux; renforcer les effets protecteurs de la famille et de l'environnement devrait donc avoir un effet bénéfique.

4.8 Autres Comorbidités Psychiatriques

Les systèmes de classification des diagnostics médicaux tendent à avoir une structure hiérarchique selon laquelle un diagnostic unique est favorisé pour expliquer divers symptômes présents. Selon certains experts, cette approche conduit à porter une attention insuffisante et à traiter de manière insuffisante les autres conditions qui peuvent survenir au même moment (Bermanzohn et al., in press).

La dépression, les troubles obsessionnels compulsifs (TOC) et les troubles paniques sont fréquents chez les patients souffrant de schizophrénie : qu'ils ne soient qu'une partie de la maladie psychotique sous-jacente ou qu'ils doivent être traités comme indépendamment est encore sujet à controverse.

Selon Bermanzohn et al., la prévalence de la dépression chez les patients souffrant de schizophrénie varie de 7% à 75% selon les études, mais les estimations se situent le plus souvent autour de 25%. L'identification de la dépression peut être rendue difficile par plusieurs facteurs. Les symptômes dépressifs peuvent ressembler aux symptômes extrapyramidaux tels que l'akinésie ou l'akathisie, ou aux symptômes négatifs tels que l'anhédonie, l'anergie et l'aplatissement de l'affect. Les patients souffrant de schizophrénie et de dépression reçoivent habituellement un diagnostic de trouble schizoaffectif.

La prévalence estimée de TOC dans la schizophrénie varie aussi grandement selon les études, de 1% à près de 60%. Des études plus récentes suggèrent une prévalence encore plus élevée. Les pensées irrationnelles qu'on peut observer dans le cadre d'un TOC ont des caractéristiques communes avec des idées délirantes, mais les symptômes obsessionnels ne répondent pas aux antipsychotiques.

L'anxiété, les troubles paniques et la phobie sociale s'observent aussi dans la schizophrénie. L'évaluation de l'anxiété peut être rendue difficile par le traitement antipsychotique. Les antipsychotiques peuvent agir de deux façons : ils peuvent induire soit une akathisie (impatiences) qu'il peut être difficile de distinguer de l'anxiété, soit avoir un effet anxiolytique.

L'approche hiérarchique du diagnostic soutient le point de vue qu'il est bien compréhensible que les symptômes de la schizophrénie soient parfois associés à une dépression secondaire, à de l'anxiété ou à d'autres symptômes psychiatriques. Un traitement efficace de la schizophrénie devrait donc soulager

également ces symptômes secondaires. En pratique, on considère l'introduction d'un traitement séparé des symptômes anxieux ou dépressifs si ils persistent malgré un traitement antipsychotique efficace.

4.9. Prévention De La Rechute

Comme on l'a mentionné dans le chapitre 1.1.3, la récurrence de symptômes psychotiques est fréquente dans une maladie telle que la schizophrénie, près de 82% des patients présentant une rechute dans les 5 ans qui suivent le premier épisode.

On ne doit pas confondre rechute de la maladie psychotique avec des fluctuations moins graves de la sévérité de la maladie telles que :

- Réadmission à l'hôpital
- Crise psychosociale
- Une brève « bouffée » de symptômes psychotiques
- La persistance ou l'émergence de symptômes négatifs
- Un épisode non-psychotique (par exemple symptômes de dissociation ou symptômes associés à un trouble de la personnalité)
- Intoxication

La définition de la rechute se base sur la résurgence de trois symptômes clés : hallucinations, pensées inhabituelles et désorganisation conceptuelle. Dans cette définition, on parle de rechute si chez un patient, les trois types de symptômes étaient contrôlés et que l'un d'entre eux réapparaît à nouveau à un niveau sévère ou très sévère.

Modèle explicatif de la rechute : On peut interpréter la rechute selon divers modèles explicatifs, mais le modèle « stress-vulnérabilité » offre probablement celui qui est le plus utile pour la comprendre. Selon ce modèle, la rechute survient quand un facteur déclenchant (qui peut être soit interne soit externe) met à mal les mécanismes de défense de l'individu.

Une analyse complète de la situation de crise aidera à comprendre l'impact des troubles comorbides et des facteurs contextuels. Les facteurs à considérer dans cette analyse sont :

- Le niveau de fonctionnement avant la rechute
- Les nouveaux symptômes ou comportement qui sont survenus avant, pendant, ou après la rechute

- Les types de traitement prescrits avant ou après la rechute, ainsi que la réponse à ces traitements
- La description qualitative des symptômes et des anomalies comportementales survenues au cours de la rechute

Le coût de la rechute n'est pas relatif uniquement au niveau de détresse éprouvé par le patient et ses proches, mais aussi au risque additionnel de comorbidité, de difficultés psycho-sociales, de risque accru de rechute et de coût économique.

Adhérence au traitement : L'absence d'adhérence au traitement multiplie le risque de rechute par 5 pendant les 5 premières années d'un trouble psychotique (Robinson et al, 1999). Dans une étude conduite dans une population de patients souffrant de schizophrénie chronique, on a observé un taux de rechute de 50 à 60% après l'arrêt de la médication, alors qu'il n'était que de 16% chez les patients qui avaient poursuivi la prise de la médication (Gilbert et al, 1995). Les problèmes de compliance concernent aussi bien les éléments non médicamenteux que la médication. Les facteurs qui influencent l'adhérence

et les techniques qui permettent de l'augmenter ont été résumés dans le chapitre 3.2.4.

Intervention précoce dans la rechute :

L'exploration des symptômes prodromiques qui ont précédé le premier épisode de psychose peut aider les patients et leurs proches à détecter les signes annonciateurs d'une possible rechute. Il est parfois possible d'identifier un tableau distinctif et individuel annonçant la rechute pour chaque patient.

L'évaluation continue de l'état mental du patient est un élément important de détection de la rechute. C'est l'une des tâches du case manager de déterminer : qui va conduire ces évaluations régulières, de quelle manière elles peuvent être facilitées (par exemple, en utilisant des échelles psychométriques) et à quelle fréquence elles doivent être réalisées (en tenant compte de la vitesse à laquelle les rechutes précédentes sont survenues).

Dans le Tableau 22, on trouve les domaines importants dans la prévention de la rechute.

TABLEAU 22 : Prévention de la rechute

- **Gestion du stress :** Examiner la relation entre la survenue de stress et l'apparition du prodrome ou des symptômes psychotiques. Apprendre de nouvelles façons de faire face au stress et aux événements existentiels imprévus, pour réduire le risque de rechute (par exemple, relaxation, pause, remise en question des pensées irrationnelles, contrôles des relations interpersonnelles).
- **Adhérence au traitement médicamenteux :** Informer le patient des effets de la médication sur l'évolution de la maladie. Il peut être utile de parler de la médication en termes de filet de sécurité.
- **Éviter les drogues illégales, en particulier le cannabis et les amphétamines :** Discuter de leur rôle dans le développement des symptômes. Promouvoir l'idée d'envisager de réduire ou d'interrompre la consommation de drogue, et aider le patient à trouver la motivation pour atteindre ce but.
- **Identifier les signes précoces de rechute :** Passer en revue le déroulement de la maladie et le vécu subjectif de la phase prodromique, aiguë et de rétablissement. Examiner les premiers signes prodromiques identifiés. Inclure la famille dans ce processus.
- **Organiser le soutien social :** Explorer ce qui est déjà en place. Définir quelle personne le patient pourrait et voudrait contacter s'il se sentait à risque de rechuter.
- **Développer des stratégies adaptatives efficaces :** Explorer celles qui ont été utilisées dans le passé, et les renforcer. Développer d'autres stratégies adaptées aux problèmes identifiés (par exemple apprendre à se relaxer en cas de stress, à contacter un ami pour un débriefing après un événement stressant).
- **Développer des rôles sociaux et occupationnels gratifiants :** Maintenir et développer ces rôles puisqu'ils favorisent l'estime de soi et fonctionnent comme soutien. Travailler avec la famille pour définir des rôles et des responsabilités.
- **Promouvoir la compréhension de la maladie :** Aider le patient et la famille à explorer ce que signifie pour eux cette expérience psychotique. Ceci peut promouvoir la réflexion sur soi et favoriser le développement de soi, ce qui contribue au rétablissement et au changement.
- **Développer un plan de prévention de la rechute :** Affiner la connaissance des signes annonciateurs précoces d'une possible rechute et mettre en place une stratégie pour y faire face.

Dans le Tableau 23 figure un exemple de plan établi pour un patient particulier, qui identifie les signes initiaux, moyens et tardifs du tableau distinctif annonçant la rechute, et qui établit ce qu'il convient de faire dans chacune de ces étapes. Dans le plan, il est spécifié qu'il est important de lire la page fréquemment, de manière à identifier rapidement si les choses changent, et de réagir promptement afin de prévenir la rechute.

TABLEAU 23 : Outil de prévention de la rechute	
SIGNE DE RECHUTE	OUTIL
PREMIERS SIGNES	
<ul style="list-style-type: none"> • Préoccupations au sujet des relations • Me sentir jaloux • Devenir méfiant • Prise irrégulière de la médication • Essayer de faire trop de choses pour me distraire de mes préoccupations 	<ul style="list-style-type: none"> • Contacter un membre de l'équipe pour discuter de mes préoccupations • Noter les idées pour prendre du recul • Prendre du temps pour me relaxer • Éviter de me surcharger
SIGNES INTERMÉDIAIRES	
<ul style="list-style-type: none"> • Me sentir effrayé et anxieux • Penser que les gens sont contre moi • Ne pas quitter la maison • Devenir répétitif et oublieux 	<ul style="list-style-type: none"> • Demander à des amis et des membres de l'équipe de me rendre visite • Utiliser ces visites comme opportunités de vérifier ces croyances
SIGNES TARDIFS	
<ul style="list-style-type: none"> • Me sentir de plus en plus effrayé • M'isoler • Avoir des troubles du sommeil • Me sentir confus • Entendre des voix • Avoir des idées bizarres • Avoir des difficultés avec les activités de la vie quotidienne 	<ul style="list-style-type: none"> • Contacter l'équipe thérapeutique immédiatement • Augmenter la médication

4.10 Prévention Du Suicide

Chez les personnes jeunes, le suicide est plus fréquent chez ceux qui souffrent de maladie mentale. L'analyse rétrospective des suicides démontre qu'entre 90% et 98% des adolescents qui se sont suicidé avaient souffert de maladie mentale avant ou au moment de leur mort (voir par exemple Brent et al, 1988). Près de 20% des jeunes hommes qui présentent une schizophrénie débutante au cours de l'adolescence commettent un suicide.

Les comportements suicidaires apparaissent le plus souvent dans les phases d'émergence de la psychose, du rétablissement précoce, de rechute précoce ou d'absence de rétablissement. Le risque est également élevé durant la période précédant immédiatement l'hospitalisation, et juste après la sortie de l'hôpital.

Les modèles explicatifs du suicide soulignent l'importance des facteurs de risque, que l'on peut catégoriser comme suit :

- Psychologiques
- Biologiques (par exemple facteurs génétiques)
- Histoire familiale
- Milieu social (par exemple les événements de vie, l'exposition au suicide des autres, les maladies physiques, les facteurs sociodémographiques, les relations interpersonnelles).

Parmi les autres facteurs importants on relève :

- L'accès à des moyens auto-agressifs. Le choix du moyen va influencer le « succès » de la tentative et sa réversibilité si de l'aide survient.
- La capacité des soignants à détecter les signes annonciateurs précoces de risque suicidaire et d'intervenir efficacement pour minimiser le risque de suicide.

La présence d'une maladie mentale augmente le risque qu'une personne à risque considère le suicide et abaisse le seuil au-dessus duquel elle met en acte ses idées suicidaires. Le Tableau 24 résume ces effets favorisants.

L'évaluation du risque suicidaire devrait faire partie de l'évaluation initiale d'un patient souffrant de psychose et devrait être conduite régulièrement dans le cadre du processus d'évaluation.

Les facteurs de stress qui peuvent augmenter les risques de suicide comprennent :

- Perte de soutien
- Diminution de l'intensité du suivi
- Non adhérence au traitement
- Répétition de l'exposition aux facteurs de stress externes prémorbides, tels que les conflits familiaux

TABLEAU 24: Effet potentialisant de la maladie mentale sur les processus généraux de suicide

LE SENTIMENT DE DESESPOIR PEUT ETRE AGGRAVE PAR :

- La prise de conscience et l'impact des limitations à long terme qu'implique la maladie mentale
- Une vision excessivement pessimiste des limitations induites par le pronostic du trouble en question (en particulier la schizophrénie)
- Les pensées dépressives induites par certaines maladies

Une détérioration de l'estime de soi peut résulter de :

- Jugement négatif de la société à l'égard de la maladie mentale
- Succès social limité à cause des symptômes de la maladie
- Perte des amis et des collègues de travail à cause de l'interférence des symptômes avec la capacité de se socialiser
- L'impact du processus biologique de certaines maladies mentales, tels que l'effet sur les capacités cognitives, le niveau d'énergie et la tolérance au stress
- L'impact psychologique et physique (incluant les effets secondaires) de la prise de médicaments psychotropes

IMPULSIVITÉ :

- Peut être un symptôme de la maladie (état maniaque)
- Peut être plus difficile à contrôler si les capacités d'adaptation sont déjà limitées

RÉSOLUTION DE PROBLÈMES :

- Peut être compromise par la présence de troubles cognitifs (par exemple trouble de la concentration)

LA RECHERCHE D'AIDE PEUT ETRE LIMITÉE PAR :

- Tendance à minimiser le trouble
- Mauvaise expérience préalable avec des intervenants de santé mentale

L'AGGRAVATION DES DISTORTIONS COGNITIVES PEUT ÊTRE UN SYMPTOME DIRECT DE CERTAINS TROUBLES PARMI LESQUELS :

- Dépression
- Trouble de la personnalité

Les étapes de prévention du suicide chez une personne jeune atteinte de psychose sont les suivantes :

- **Traitement optimal de la maladie mentale :** Un traitement efficace de la maladie mentale est un élément crucial de la prévention précoce du suicide chez les personnes jeunes. Le niveau de détection et d'engagement par les services appropriés est un facteur important. Les jeunes patients souffrant de maladie mentale qui ne sont pas engagés avec un service de soins sont à plus grand risque de suicide que ceux qui le sont.
- **Détection des personnes à haut risque de suicide :** L'identification des personnes à haut risque de suicide permet une intervention plus intensive. Les facteurs associés à un risque accru de suicide sont la présence d'un processus psychologique de suicide tels que le désespoir et l'idéation suicidaire. Les facteurs associés à un risque accru de suicide chez les personnes souffrant d'une psychose débutante sont :
 - Le sexe masculin
 - Le célibat
 - Un QI élevé et un niveau élevé de fonctionnement pré-morbide
 - Le chômage
 - L'idéation suicidaire
 - Des tentatives de suicide antérieures
 - L'abus de substance

Il faut conduire une évaluation attentive et fréquente de l'état mental – surtout quand les facteurs de risque ci-dessus sont présents – par le biais de l'observation et en posant des questions spécifiques relatives à l'humeur du patient et de ses proches.
- **Interventions psychologiques ciblées :** Les processus psychologiques menant aux idées et aux actes suicidaires peuvent se déclencher une fois qu'un niveau de stress suffisant est atteint. Un certain nombre d'interventions visant ces processus psychologiques ont démontré une certaine efficacité contre le suicide, parmi lesquelles les techniques de résolution de problèmes et d'habiletés interpersonnelles, la tolérance au stress et la régulation des émotions, l'entraînement à l'estime de soi, la psychothérapie d'orientation cognitive et les approches cognitivo-comportementales.

Les psychothérapies d'orientation cognitive dans la psychose débutante, telles que celle utilisée dans le programme COPE (voir chapitre 4.2.4) visent à aider le patient à séparer leur identité des symptômes dérangeants et angoissants et de l'image stigmatisante de la maladie mentale. Elles visent aussi à donner de l'information de manière à corriger les informations fausses relatives à la maladie (telles que celles relatives au pronostic), à réduire le désespoir et à conduire le patient à s'adapter de manière réaliste à ses symptômes.

- **Interventions visant à limiter l'accès aux moyens de suicide :** La recherche a démontré que le fait de limiter l'accès aux moyens est une méthode efficace pour diminuer l'incidence du suicide. Ces mesures comprennent la vérification de l'absence de moyens auto-agressifs, le retrait des armes, des substances toxiques et des cordes etc. Les stratégies qui augmentent la sécurité des médicaments qui peuvent être létaux à dose importante consistent en une limitation de la quantité prescrite à chaque visite.
- **Thérapie médicamenteuse :** Les thérapies pharmacologiques peuvent contribuer à diminuer le risque de suicide associé à la psychose. Les études portant sur les antipsychotiques de nouvelle génération ont montré des résultats prometteurs avec un taux plus faible d'effets secondaires et un possible effet plus marqué sur les symptômes négatifs. Par exemple, une étude portant sur la clozapine a montré que 40% de ceux recevant ce traitement devenaient moins suicidaires (Meltzer et Okayli, 1995). L'utilisation combinée d'antipsychotiques et d'antidépresseurs, ou d'électrochocs dans les cas de dépression psychotique aiguë semble être favorable (Parker et al, 1992). L'utilisation combinée d'antipsychotiques et d'antidépresseurs semble bénéfique pour les patients présentant une dépression post-psychose (Siris et al, 1994).

Information supplémentaire :

Power P (1999). Suicide and early psychosis. In: McGorry PD, Jackson HJ (Eds.). The recognition and management of early psychosis. A preventive approach. Cambridge: Cambridge University Press.

Partie 5 : Un Cadre Pour Le Case Management

5.1 Continuité Des Soins

Le modèle de soins traditionnel pour les patients souffrant de psychose est séquentiel : c'est-à-dire qu'il est prodigué par des unités différentes d'un service de santé mentale dans les différentes phases de la maladie, avec le risque de failles entre les diverses phases. De ces failles peuvent découler un risque accru de désengagement des patients voire même de suicide. Le modèle alternatif d'un traitement intégré assure une continuité dans les soins avec une transition graduelle d'un intervenant à l'autre.

Ce processus est facilité par l'identification précoce d'un case manager, dès le traitement de la phase aiguë. Les avantages de cette approche sont les suivants :

- La continuité des soins est accrue
- Les intervenants ambulatoires sont impliqués dans la planification du traitement :
 - pendant toutes les phases de la maladie
 - aussi bien dans les programmes de soins aigus que chroniques
- L'engagement rapide avec le case manager ambulatoire est favorisé, ce qui permet :
 - de donner une continuité au traitement dans le contexte des multiples changements d'intervenants dans les équipes de soins aigus et hospitaliers
 - de favoriser l'établissement de liens solides dans le contexte de la crise
 - de proposer un service qui minimise les risques associés avec les transferts entre ses divers composants

L'allocation rapide d'un case manager implique une méthode efficace de gestion du nombre de cas pris en charge par chacun d'entre eux. Dans le programme EPPIC, la désignation du case manager se fait au même moment que celle de l'intervenant de crise, dans les 24 heures après l'entrée du patient dans le programme. Le case manager assiste à la remise de service hospitalière ou de l'équipe de soins dans le milieu dans les 48 heures après l'entrée du patient dans le programme. Il rencontre le patient pour la première fois dans les 7 jours suivant l'entrée dans le programme.

5.2 Charge De Travail Et Base De Données

Une attribution efficace des cliniciens est nécessaire dans un programme qui vise à promouvoir la continuité des soins et l'engagement précoce des case managers dans la prise en charge. Un système efficace permet d'identifier rapidement quel case manager est disponible pour recevoir un nouveau patient sans avoir besoin d'organiser des colloques d'admission, qui prennent beaucoup de temps, et d'utiliser de manière optimale les ressources à disposition.

Une base de donnée comprenant le nombre de patients suivis par chaque case manager peut faciliter la tâche. Cette base de donnée doit permettre d'accéder aux détails suivants :

- Nombre actuel de patients par case manager comparé au nombre maximal acceptable en fonction du taux de travail
- Le degré « d'intensité » de la cohorte de chaque case manager, par exemple, le nombre de nouveaux cas au cours des 3 derniers mois
- Selon la structure du service, le nombre de patients qui doivent être transmis à d'autres services au cours des mois à venir

Une base de données de patients facilitera les tâches telles que :

- La production de listes pour les réunions de discussion clinique
- S'assurer que chaque patient est évalué régulièrement par l'équipe pluridisciplinaire, et qu'aucun n'est « négligé » ou ne disparaisse du programme
- L'identification des phases de la maladie, de la nécessité à référer des patients dans des programmes spécialisés ou du besoin de planification d'un transfert dans un autre service (fin de prise en charge)
- Prévenir la passivité dans la prise en charge par des révisions de cas régulières qui permettent de souligner la nécessité du maintien d'une activité et de la progression vers le rétablissement

Au sein du programme EPPIC, le nombre maximal de patient pour un case manager à plein temps est de 30 à 36, idéalement. La charge de travail est répartie en terme de 10 session d'une demi-journée par semaine, de manière à maintenir un certain degré de diversité de rôles, d'utiliser les diverses capacités des case managers et de proposer un programme complet. L'allocation des sessions pour un case manager à plein temps est la suivante :

- 6 pour le case management
- 1 pour les visites à domicile
- 1 pour les meetings et supervision
- 1 pour le développement professionnel et les meetings de revue des patients
- 1 pour les activités spécialisées (psychothérapie, animation de groupes, recherche)

La charge de travail actuelle et prévue peut être évaluée sous la forme d'un tableau d'un format similaire à celui proposé dans le Tableau 25. Ce type de processus de planification suppose qu'il s'agisse d'un programme de prise en charge spécialisée sur la psychose débutante, qui propose des soins pour une période limitée dans le temps.

TABLEAU 25 : Gestion de la charge de travail – un exemple

Case Manager	Nombre de sessions par semaine	Nombre maximal de patients	Nombre actuel de patients	Sortie du programme prévue					Nouveaux cas dans les 3 mois
				Dépassé	1	2	3	Total	
A	6	30	42	2	5	11	3	21	3
B	3	15	17	2	0	0	3	5	0
C	6	30	23	0	0	0	0	0	9
D	1	5	7	2	1	0	0	3	1
E	6	30	33	5	3	4	2	14	4
F	5	25	35	5	0	1	2	8	2
G	2	10	18	2	0	0	0	2	1
H	1	5	2	0	0	0	0	0	0
I	6	30	35	2	1	0	0	3	9

5.3 L'équipe De Case Management

Il est utile de structurer l'équipe de case management de manière à soutenir les case managers, en désignant un clinicien aîné qui fonctionne comme chef d'équipe et qui représente les case managers à l'extérieur et à l'intérieur du service. Le chef d'équipe doit être capable d'assumer diverses responsabilités parmi lesquelles :

- Se charger des systèmes d'informations requis (par exemple, tableau de répartition des cas)
- Distribution des cas
- Liaison avec les autres éléments du programme
- Facilitation de la circulation des patients
- Assurer une supervision adéquate
- Favoriser le développement des intervenants
- Coordination de la réponse en cas d'incident
- Assurer le contrôle de qualité des soins

Le chef d'équipe doit cependant continuer à prendre en charge un nombre significatif de patients, de manière à maintenir sa compétence et sa crédibilité, et aussi de manière à pouvoir fournir une consultation formelle et informelle aux autres case managers.

En plus de leur activité de case management, les case managers ont aussi un rôle de spécialiste qui découle de leurs compétences personnelles et de leur expérience. Une supervision supplémentaire peut être requise pour développer et maintenir ces compétences particulières. De telles activités permettent de maintenir la motivation et d'assurer une certaine variété dans le travail des case managers.

La structuration de l'équipe devrait prendre en compte le stress qu'occasionne le traitement des troubles psychotiques. Les patients présentent souvent une pathologie sévère, fréquemment accompagnée par de l'anxiété et des symptômes dépressifs. Certains sont suicidaires ou agressifs, manquent d'insight, et leur attitude de rejet de l'aide peut être particulièrement frustrante. La réaction des case managers peut comprendre un sentiment d'impuissance, de désespoir, d'incompétence et d'autocritique. Ils font souvent face à des dilemmes cliniques difficiles et ont besoin d'une supervision de collaboration, plutôt que directive.

Le débriefing après des événements majeurs, tels que le suicide d'un patient, sont aussi importants. La revue des cas en intervision permet la discussion de problèmes survenant dans le cadre du traitement et du développement d'approches collectives face aux problèmes importants dans le service.

Une définition claire des tâches et des responsabilités est primordiale. Cela peut être facilité par la rédaction de procédures et de règles régulièrement mises à jour par les membres de l'équipe.

Les conflits entre membres de l'équipe sont à la fois inévitables et nécessaires. Les case managers doivent être préparés aussi bien à présenter leur point de vue sur un patient, qu'à entrer en discussion et à donner leur avis sur les patients pris en charge par leurs collègues. Il est important de cultiver la capacité de considérer différents points de vue. Les case managers doivent être capables de référer des patients à d'autres programmes en fonction des besoins, de faire le lien avec les autres case managers, et d'assurer que les besoins de leur patient soient assurés de manière continue dans le processus de la transmission.

5.4 Formation Continue Et Supervision

Formation continue : Le traitement des patients présentant un premier épisode psychotique évolue rapidement. Les case managers travaillant dans ce domaine ont des formations diverses et doivent faire face à une grande variété de tâches multidisciplinaires. La combinaison de ces divers facteurs souligne la nécessité de proposer des possibilités de formation continue.

Une approche structurée de la formation continue devrait permettre de définir les compétences de base nécessaires à tous les intervenants du programme, d'identifier les besoins de développement additionnel et de hiérarchiser les besoins. L'évaluation peut se faire à un niveau individuel et au niveau de l'équipe dans son ensemble. La responsabilité de proposer une formation continue doit être acceptée à tous les niveaux : si un case manager particulier ressent des besoins spécifiques, il doit les mentionner à son superviseur ou à son responsable. Diverses approches peuvent être utilisées : vidéos, vidéoconférences, documents produits par d'autres centres etc.

Supervision clinique : La supervision clinique a deux buts principaux : le premier est de développer les compétences professionnelles de l'individu; la seconde est de maintenir une bonne qualité de soin. Bien qu'il y ait un certain degré de superposition avec la supervision administrative de l'activité d'un employé par son chef, l'objectif de la supervision clinique est avant tout la formation continue.

La fréquence et l'intensité de la supervision diminue en général plus les personnes progressent dans leur carrière. Cependant, même les cliniciens expérimentés peuvent bénéficier d'une supervision occasionnelle. Une séance de supervision hebdomadaire est la fréquence habituelle au début d'une carrière, et la supervision individuelle peut être complétée par une supervision en groupe.

Conduire une supervision demande des compétences; il est toutefois rare qu'il existe une formation à la supervision. Par exemple, des capacités particulières sont nécessaires pour pouvoir donner un feedback positif ou négatif de manière diplomatique et productive. Certains centres proposent des formations particulières pour les superviseurs ainsi que des rencontres entre ceux-ci afin de favoriser le maintien de leurs compétences.

La supervision peut avoir certains défauts, ou rencontrer divers problèmes; le plus fréquent est qu'on ne lui donne pas une priorité suffisante, de la part du superviseur ou du supervisé, sur le travail clinique ou sur les autres engagements. Le superviseur peut ne pas être suffisamment formé, et des conflits de personnalité peuvent survenir. Des abus de pouvoir peuvent également survenir, liés au pouvoir du superviseur sur le supervisé, par exemple, sous forme de sarcasme ou de mobbing.

La supervision devrait être un processus de collaboration dont les buts sont développés de manière conjointe par le superviseur et le supervisé. Le processus devrait également être mutuellement positif : le superviseur devrait pouvoir apprendre quelque chose du supervisé, et vice-versa.

5.5 Évaluation

L'assurance de qualité et l'amélioration des programmes destinés aux patients souffrant de psychose débutante ne peuvent pas être atteintes si aucune information n'est disponible sur la nature du traitement proposé et l'évolution des patients traités.

L'évaluation peut porter sur les progrès des patients sous la forme d'un monitoring de routine, ou sur le système dans son ensemble. Le niveau individuel du patient, l'utilisation d'échelles standardisées telles que la Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS) peut donner des informations objectives sur les progrès du patient.

L'évaluation du programme lui-même peut demander des techniques plus sophistiquées et le développement d'une base de données complète. Sans un tel outil, il est impossible de mesurer objectivement les résultats, et d'obtenir des données permettant de définir les besoins en matière de ressources, de développement professionnel et d'autres problèmes de gestion.

Jusqu'à ce jour, il n'existe que relativement peu d'informations disponibles quant aux réels bénéfices du case management dans la psychose débutante. Un article passe en revue les résultats de 75 études différentes qui se sont penchées sur le case management dans les maladies mentales sévères (Mueser et al, 1998). La plupart des études évaluaient des systèmes basés sur le modèle de case management pro-actif ou intensif. Les études portant sur l'avis des patients et sur leur degré de satisfaction révèlent que les patients attachent plus d'importance à la qualité de la relation avec le case manager qu'aux aspects structureaux du service (par exemple, la fréquence des contacts). De manière générale, la recherche a mis en évidence une amélioration de divers paramètres tels que la diminution du temps d'hospitalisation et une augmentation de la stabilité dans le logement chez les patients suivis selon ce modèle.



Partie 6: Autres Lectures Et Référence

6.1. Further Reading

Some key sources of information on early psychosis include the following:

Aitchison KJ, Meehan K, Murray RM (1999). *First Episode Psychosis*. London: Martin Dunitz.

Birchwood M, Fowler D, Jackson C (Eds.) (2000). *Early Intervention in Psychosis. A Guide to Concepts, Evidence and Interventions*. Bognor Regis: Wiley.

Gardiner-Caldwell Communications Limited (1997). *Early Psychosis Training Pack*. Macclesfield: Gardiner-Caldwell Communications Limited. (Available at www.eppic.org.au)

McGorry PD, Jackson HJ (Eds.) (1999). *The recognition and management of early psychosis. A preventive approach*. Cambridge: Cambridge University Press.

National Early Psychosis Project Clinical Guidelines Working Party (1998). *Australian Clinical Guidelines for Early Psychosis*. Melbourne: National Early Psychosis Project, University of Melbourne.

6.2. References

Bebbington PE (1995). The content and context of compliance. *International Clinical Psychopharmacology*, 9 (Suppl. 5), 41-50.

Bermanzohn PC, Porto L, Siris SG et al (in press). Hierarchy, reductionism and "comorbidity" in the diagnosis of schizophrenia: Problems in the assessment of associated psychiatric syndromes (APS). In: Hwang MY, Bermanzohn PC (Eds.). *Management of Schizophrenia with Comorbid Conditions*. Washington, DC: American Psychiatric Press, Inc.

Brent DA, Perper JA, Goldstein CE et al (1988). Risk factors for adolescent suicide. *Archives of General Psychiatry*, 45, 581-588.

Early Psychosis Training Pack (1997). *Module 4: Acute treatment*. Gardiner-Caldwell Communications, Cheshire.

Early Psychosis Training Pack (1997). *Module 9: Psychoeducation*. Gardiner-Caldwell Communications, Cheshire.

Edwards J, Maude D, McGorry PD et al (1998). Prolonged recovery in first-episode psychosis. *British Journal of Psychiatry*, 172 (Suppl. 33), 107-116.

Edwards J, Cocks J, Bott J (1999). Preventive case management in first-episode psychosis. In: McGorry PD, Jackson HJ (Eds.). *The recognition and management of early psychosis. A preventive approach*. Cambridge: Cambridge University Press.

Edwards J, Maude D, Cocks J et al (in press). A service response to prolonged recovery in early psychosis. *Psychiatric Services*.

Edwards J, Hinton M, Elkins K, Athanasopoulos O (in press). Cannabis and early psychosis. In: Graham H, Mueser K, Birchwood M, Copello A (Eds.) *Substance misuse in psychosis: Approaches to treatment and service delivery*.

Gilbert PL et al (1995). Neuroleptic withdrawal in schizophrenic patients: A review. *Archives of General Psychiatry*, 52, 173-186.

Harris M, Bergman HC (eds.) (1993). *Case Management for Mentally Ill Patients: Theory and Practice*. Washington: Harwood Academic Publishers.

- Holloway F, Oliver N, Collins E, Carson J (1995). Case management: A critical review of the outcome literature. *European Psychiatry*, 10, 113-128.
- Jackson HJ, Edwards J, Hulbert C, McGorry PD (1999). Recovery from psychosis: psychological interventions. In: McGorry PD, Jackson HJ (Eds.). *The recognition and management of early psychosis. A preventive approach*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Jackson HJ, Hulbert CA, Henry LP (2000). The treatment of secondary morbidity in first-episode psychosis. In: Birchwood M, Fowler D, Jackson C (Eds.). *Early Intervention in Psychosis. A Guide to Concepts, Evidence and Interventions*. Bognor Regis: Wiley.
- Janick PG et al (1993). *Principles and practice of psychopharmacotherapy*. Williams and Wilkins: Baltimore.
- Kemp R, Hayward P, David A (1997). *Compliance Therapy Manual*. Macclesfield: Gardiner-Caldwell Communications Ltd.
- Kissling W (1994). Compliance, quality assurance and standards for relapse prevention in schizophrenia. *Acta Psychiatrica Scandinavica Supplementum*, 382: 16-24
- Lewis G, Appleby L (1988). Personality disorder: the patients psychiatrists dislike. *British Journal of Psychiatry*, 153: 44-49.
- Lieberman JA, Jody D, Geisler SH et al (1993). Time course and biological correlates of treatment response in first episode schizophrenia. *Archives of General Psychiatry*, 50, 369-376.
- McGorry PD (1995). Psychoeducation in first-episode psychosis: a therapeutic process. *Psychiatry*, 58: 313-328.
- McGorry PD (2000). The scope for preventive strategies in early psychosis: Logic, evidence and momentum. In: Birchwood M, Fowler D, Jackson C (Eds.) *Early Intervention in Psychosis. A Guide to Concepts, Evidence and Interventions*. Bognor Regis: Wiley.
- Meltzer HY, Okayli G (1995). Reduction of suicidality during clozapine treatment of neuroleptic-resistant schizophrenia: impact on risk-benefit assessment. *American Journal of Psychiatry*, 152, 183-190.
- Mueser KT, Bond GR, Drake RE, Resnick SG (1998). Models of community care for severe mental illness: A review of research on case management. *Schizophrenia Bulletin*, 24: 37-74.
- Parker G, Roy K, Hadzi-Pavlovic D, Pedic F (1992). Psychotic (delusional) depression: a meta-analysis of physical treatments. *Journal of Affective Disorders*, 24, 17-24.
- Perry A, Tarrrier N, Morriss R et al (1999). Randomised controlled trial of efficacy of teaching patients with bipolar disorder to identify early symptoms of relapse and obtain treatment. *BMJ*, 318, 149-153.
- Power P, Elkins K, Adlard S et al (1998). Analysis of the initial treatment phase in first-episode psychosis. *British Journal of Psychiatry*, 172 (Suppl. 33), 70-75.
- Robinson D, Woerner MG, Ma J et al (1999). Predictors of relapse following response from a first episode of schizophrenia or schizoaffective disorder. *Archives of General Psychiatry*, 56, 241-247.
- Ryan P, Ford R, Clifford P (1991). *Case Management and Community Care*. London: Research and Development for Psychiatry.
- Scott J (1995). Psychotherapy for bipolar disorder. *British Journal of Psychiatry*, 167, 581-588.
- Siris SG, Bermanzohn PC, Mason SE, Shuwall MA (1994). Maintenance imipramine therapy for secondary depression in schizophrenia. A controlled trial. *Archives of General Psychiatry*, 51, 109-115.
- Wyatt RJ (1991). Neuroleptics and the natural course of schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 17, 325-351.