



IEPA Francophone

2022

Case Management & Engagement
«Création d'un lien fort et prévention
de la rechute»

**Traitement et intervention dans la phase précoce
des troubles psychotiques**

Service de Psychiatrie Générale DP-CHUV

Caroline Conchon & Nadir Mebdouhi

Novembre 2022



Pourquoi l'intervention précoce dans les troubles psychotiques ?



La majorité des patients souffrant de psychose accèdent au traitement beaucoup trop tard...

Trois observations:

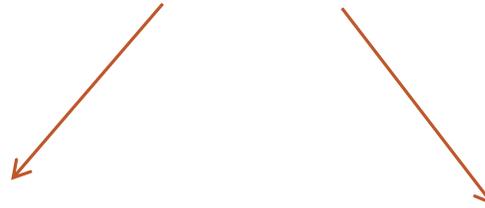
Long délai entre apparition des symptômes et début du traitement: Duration of Untreated Psychosis (DUP)

« Période critique » : apparition des déficits (cognitifs, fonctionnels) et des comorbidités dans les 3 à 5 premières années de maladie (Birchwood and Macmillan, 1993)

Les patients traversent divers stades dans le développement de la maladie



Stratégie dans le traitement des psychoses émergentes



Diminuer la DUP

Soins adaptés à des patients jeunes entrant dans le trouble



Détecter les patients à Haut-Risque

- Engager le patient
- Traitement efficace



Le programme TIPP

Modèle de prise en charge multidisciplinaire visant le rétablissement dans la psychose débutante.

Programme d'intervention basé sur:

Une intervention proactive, soutenance, avec un discours optimiste mais réaliste. La flexibilité et la disponibilité des case managers garantissent une continuité dans les soins et un accompagnement adapté à chaque patient.

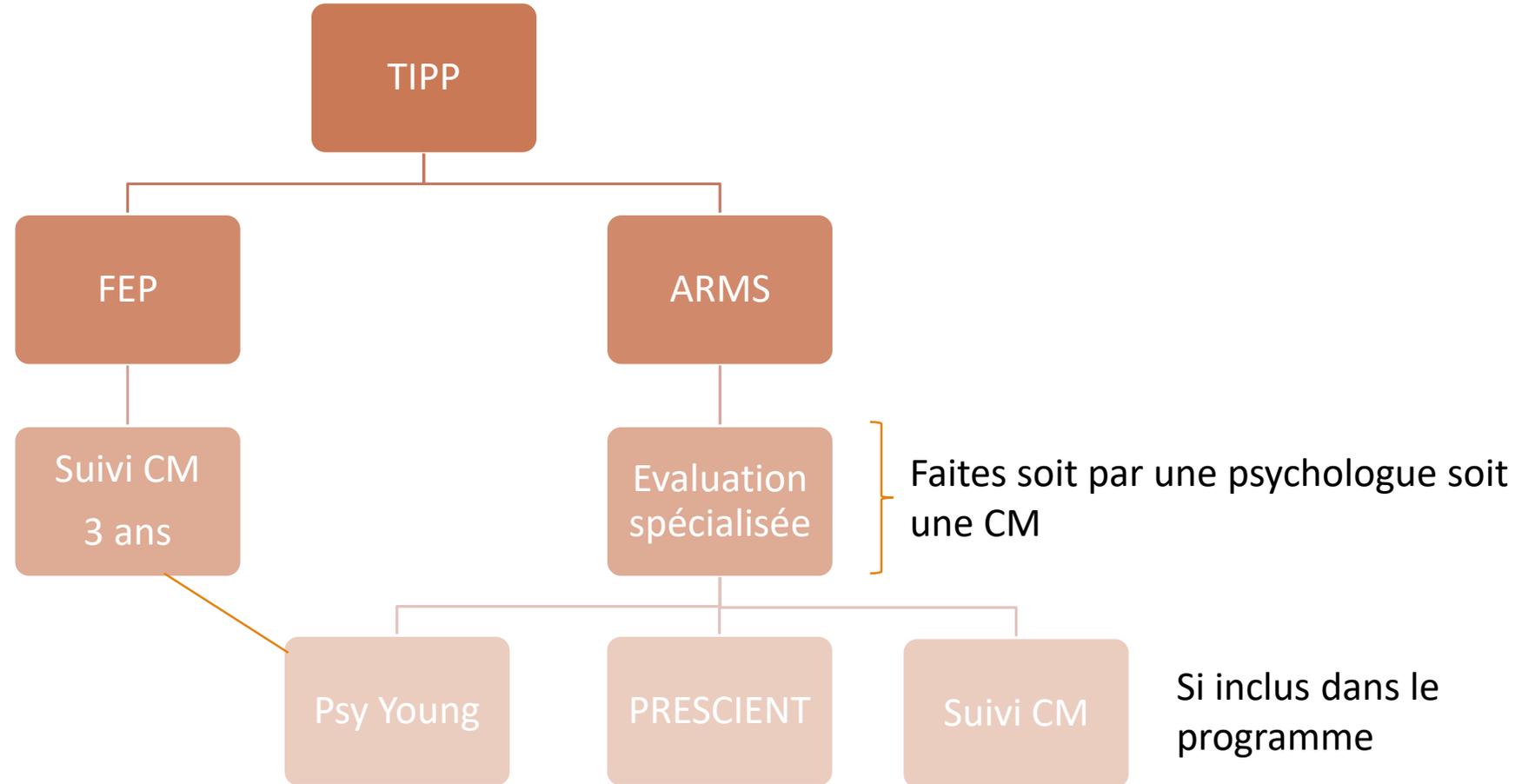
Assuré par des case-managers en première ligne en collaboration avec une équipe pluridisciplinaire composée de médecins, d'assistants sociaux et de psychologues.

En collaboration avec les différents partenaires du système de santé.

Sur une durée de 3 ans (La période critique selon les études se situant les 3-5 premières années de la maladie)



Organisation





Critères d'inclusion TIPP

Programme TIPP

- Age 18 – 35 ans
- Episode psychotique (seuil selon CAARMS)
- Moins de 6 mois de traitement par les antipsychotiques
- Domicile secteur centre

Programme Haut-Risque

- Age 18 – 35 ans
- Critère ARMS
- Domicile secteur centre
- Péjoration du fonctionnement dans la dernière année

Critères d'exclusion: retard mental au premier plan ou cause organique

Autres ressources:



- Section Accueil et Intervention Brèves (SAIB)
- TIPP du secteur ouest et nord
- SIM secteur centre ouest et nord
- Service de pédopsychiatrie CHUV pour les < 18 ans
- Equipe mobile secteur Est
- SPDM ou CCA



Equipe TIPP ambulatoire

8 case-managers (4,5 EPT)

- Nadir MEBDOUHI (ICUS)
- **Caroline CONCHON**, Sophie IGLESIAS, Anastasie JORDAN, Patrice KOLYPCZUK (groupe « proche »), Céline PIOGE, Sylvia ANDJELKOVIC, Pauline SIMONET

3 médecins (2,3 EPT)

- Médecin cadre responsable du programme : **Dr Luis ALAMEDA**
- CDCa : **Dr Vincent BONNAREL**
- Assistant : Dr Johann METRAILLER
- + Coordination équipe hospitalière : Dre Lilith ABRAHAMYAN EMPSON

4 psychologues

- Carline ZORZI (TCC), **Martine CLEUSIX** et **Elodie SPRUNGLI TOFFEL** (PsyYoung), **Livia ALERCI** (recherche)

Service sociale

- 4 assistantes sociales de l'équipe Minkowski du service de psychiatrie générale

Volet ARMS

Volet ARMS et FEP



Volet AMRS

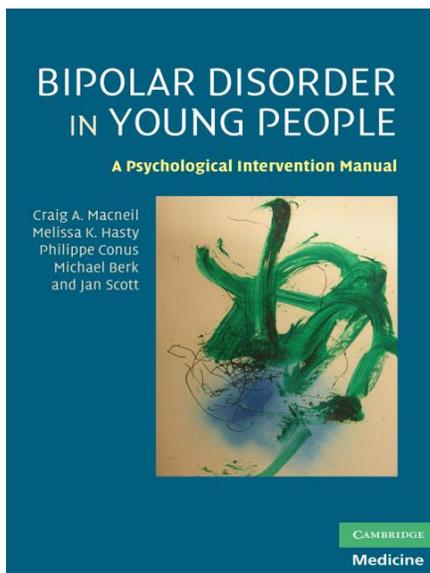
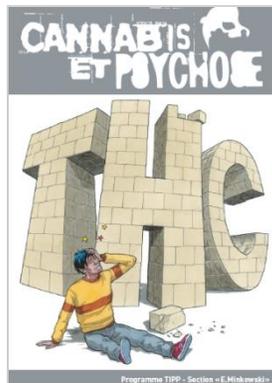
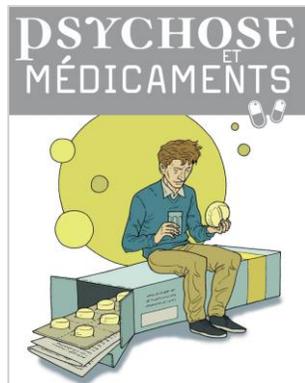
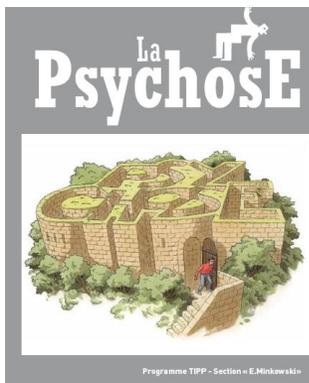
Intégré dans un programme d'intervention précoce:

- Avantages: Chacun sa spécificité, maintien d'une collaboration étroite, espaces de supervision communs

Evaluation spécialisée par un case-manager ou une psychologue

- Avantages: Mobilité par le CM, meilleure accroche, continuité des soins

Développement d'outils spécialisés



TRAITEMENT ET INTERVENTION DANS LA PHASE PRÉCOCE DES TROUBLES PSYCHOTIQUES

Qu'est-ce que le programme TIPP ?

Le programme a été développé pour répondre aux besoins de jeunes personnes présentant un premier épisode de psychose. Les buts principaux sont : l'identification précoce avec accès rapide au soins, la diminution de la durée de psychose non traitée, l'établissement d'un traitement adéquat, la facilitation de l'engagement des patients dans les soins, la limitation de l'impact psychosocial de la psychose et le soutien aux familles. Le traitement est proposé pour une période de 3 ans et vise le rétablissement.

Les valeurs que nous défendons

Nous privilégions une vision réaliste mais optimiste des troubles psychotiques, et notre but est d'atteindre le rétablissement des patients. L'équipe pluridisciplinaire cherche à établir une dynamique de collaboration avec le patient qui est considéré comme partenaire dans la définition des objectifs de soin.

Le programme clinique

Le programme TIPP fait partie du Département de Psychiatrie du CHUV (DP-CHUV), et se compose de 3 pôles :

1. Pôle ambulatoire
Localisé à la consultation de Chaudron, à Lausanne. (Av. d'Echallens 9, 021-6431414). Propose une prise en charge psychiatrique et psychothérapeutique, une approche familiale, pharmacologique, un programme de remédiation cognitive, un soutien social et professionnel. Possibilité de participation à des groupes de rencontre pour patients. Les familles sont accueillies et soutenues. Consultations et suivi conjoints avec les généralistes sont possibles.

Critères d'admission

- Personnes âgées entre 18 et 35 ans vivant dans la région lausannoise
- Présence d'hallucinations, d'idées délirantes et/ou de désorganisation de la pensée (pendant au moins une semaine, plusieurs fois par jour, tous les jours)
- Moins de six mois de traitement neuroleptique

Opening minds to a brighter future

Le Case Management Dans La Psychose Débutante: Un Manuel

Traduction Philippe Conus, Agnès Malre, Andrea Polari

Texte original produit par EPPIC

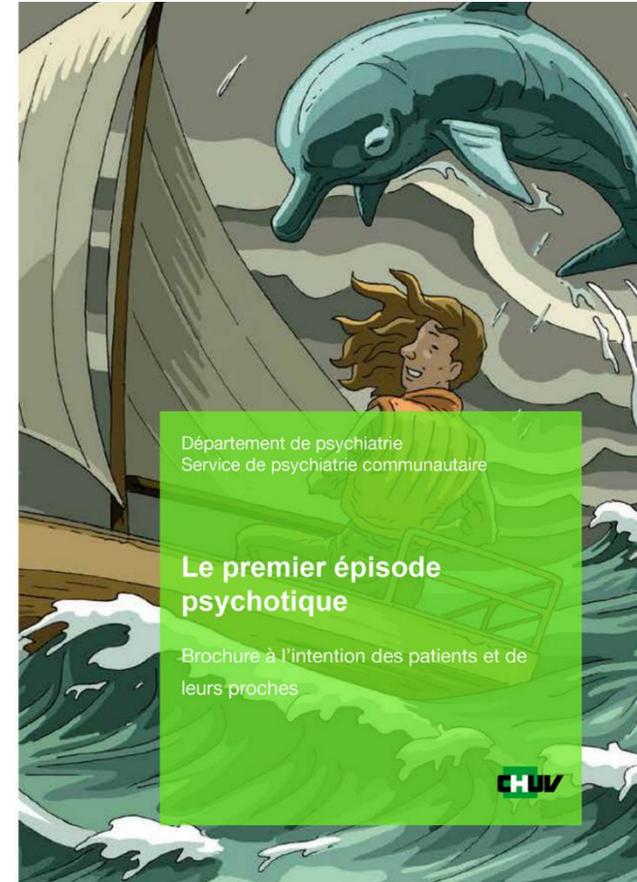
www.oyh.org.au



Outils spécialisés



Application mobile Programme TIPP



- Basé sur le modèle du case management
- Approches bio-psycho-sociale
- Concept du rétablissement



Figure 1. Modules d'intervention dans la psychose débutante. ¹²

Concept général du case management

Le terme « case management » a été introduit en psychiatrie dans les années 60

Début du mouvement qui visait à fermer les grandes institutions psychiatriques dans le but de déplacer les soins psychiatriques dans la communauté (désinstitutionalisation)

Visait à fournir un point de coordination pour les soins des patients présentant des problèmes complexes et qui justifient l'engagement de plusieurs intervenants

Rôle du case manager



Rôle du case manager

Rôle de soignant de première ligne « **fil rouge** »

Etablissement et maintien actif de l'engagement.

Thérapeute de premier recours et organise les soins

Accessibilité, flexibilité pour le patient et sa famille

Travail en réseau

Relation de partenariat

Représente le patient : *négociation avec écoles, services sociaux, employeurs, etc.*

Etablissement et maintien actif de l'engagement.



L'engagement dans le soin

La rencontre!

1. Premier entretien / premier contact aux Urgences Crises du CHU, hôpital psychiatrique, cabinet privé, etc
2. Les intervenants demandeurs sont présents (Médecin assistant, chef de clinique « parfois », et l'infirmière référente).
3. Présentation du suivi TIPP + description de la PEC que nous proposons.
4. Echanges avec le patient de nos coordonnées et nos numéros de téléphone.
5. Premier rdv avec lui -> soit à la consultation ambulatoire, soit dans un lieu qu'il privilégie (plus généralement le domicile).
6. Les proches

L'engagement dans le soin

La communication!

1. Eviter une attitude et un discours « trop médicalisé »
2. S'intéresser aux patients, sa famille, ses amis, ses occupations, ses projets. Comment maintenir **SES** acquis et / ou atteindre **SES** objectifs.
3. Faire preuve de souplesse et adapter le type de langage en fonction du patient

L'engagement dans le soin

Mais encore...

1. Adopter une perspective au long terme pour le développement d'une relation thérapeutique
2. Considérer le patient comme un partenaire et favoriser sa responsabilisation (concept de « l'empowerment »)
3. Adapter l'intervention au stade de rétablissement du patient
4. Prendre en compte la personne dans son ensemble et ne pas se focaliser sur les symptômes

L'engagement dans le soin

5. Explorer à la fois les difficultés mais également les ressources du patient
6. Prendre en compte le modèle explicatif que le patient a des troubles qu'il présente
7. Ne pas se précipiter sur un diagnostic qui est instable au début du trouble
8. Adopter une attitude optimiste et chargée d'espoir tout en restant réaliste
9. Se laisser toucher par l'histoire du patient

Durant la phase aigue...

Évaluation de l'état mental avec un médecin

Fournir une information détaillée au patient et à ses proches

Limiter l'impact de la maladie sur les relations sociales, les études ou le travail

Encourager l'adhérence au traitement

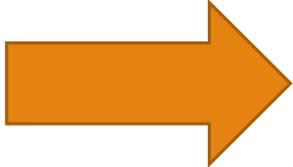
Accompagner le patient vers une hospitalisation si nécessaire

Durant la phase de rétablissement...

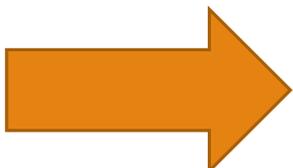
Phase qui couvre les premiers 6 mois: La création et l'entretien du lien, la résolution de la symptomatologie psychotique aiguë, période propice à la réflexion d'un plan de prévention de la rechute ou de la crise et l'élaboration d'un projet (formation, reprise d'une activité, logement...)

Phase qui court jusqu'à 18 mois: La relation thérapeutique doit commencer à être axée sur une gestion autonome de la maladie et la consolidation des projets

Phase final: Anticipation et planification de la fin de la prise en charge par le case manager



Le case manager débute l'intervention au niveau où le patient se trouve et où il reconnaît avoir des besoins.



« Ce n'est pas son rôle de tout faire, mais de veiller à ce que tout soit fait »

Conclusion

La prise en charge de la phase précoce des troubles psychotiques nécessite une adaptation des modes de traitement:

- ***attitude optimiste-réaliste et dynamique***
- ***travail pro-actif d'engagement et de maintien dans les soins***
- ***suivi thérapeutique spécifique qui vise le rétablissement***

Une démarche telle que celle-ci, dans le cadre d'un programme d'intervention précoce de la maladie mentale, a nécessité une modification des paradigmes et des concepts institutionnels. Ce n'est qu'en étant des partenaires actifs et convaincus qu'une telle démarche a pu aboutir, il y a 18 ans...

Mini cas 1

Paul peut ne pas accepter l'idée d'être atteint par un trouble psychotique mais reconnaît être dans un chaos administratif. Il admet vivre des moments d'angoisses importants à l'idée de devoir gérer ses affaires courantes (*factures, logement, etc.*): Lui proposant mon soutien sur ces questions précises, une amorce d'alliance thérapeutique a pu s'établir à partir de là. D'une part, les difficultés d'ordre social et administratives auront pu être progressivement traitées. Mais constatant une persistance importante de son stress lors ces nombreuses démarches, Paul a finalement accepté de prendre un début de traitement. Dès lors, il a pu ainsi obtenir à une nette amélioration sur les deux plans.

Mini cas 2

Jeune femme de 23 ans, née en Guinée, et la seconde enfant d'une fratrie de 5. Adoption par sa tante maternelle à 5 ans, venue en Suisse. Violence familiale. Placement en foyer. Parti en Belgique chez sa mère biologique à 14 ans. Viol. Retour en suisse à 18 ans. Errance entre Genève, Nyon et Vevey. Installation à Lausanne.

Ecole obligatoire. Mannequinat. Stage de vendeuse. Mesure via le CSR de Lausanne.

Bref suivi en Belgique suite au viol. Adressé à RESSORT pour une entrée en soins, par le CSR.

Elle relate un sentiment de présence, elle dit voir des smileys et les interprète comme des signes, elle se dit très méfiante dans ses relations sociales. Elle exprime une croyance autour d'un mari de nuit, qui viendrait la visiter la nuit et qui la contraindrait à voir des relations sexuelles avec lui, ceci dans le but qu'elle ne puisse pas avoir de relation sentimentale.

Critères ARMS:

- Nous notons la présence d'idées délirantes (P1) d'intensité sévère mais non psychotique depuis 2018.
- Concernant les aberrations perceptives (P4) intensité sévère mais non psychotique.
- Nous notons la présence de méfiance (P2) légère
- Madame remplit les critères de symptômes positifs atténués avec la présence des idées de référence. Nous notons également la présence plus modérée d'aberrations perceptives (sentiments de présence, ou de smileys) et de méfiance dans ses relations sociales. Les symptômes semblent présents depuis 2018 mais elle dit qu'elle a commencé à en saisir le sens en 2020. A noter que les autres idées (p.ex. mari de nuit) s'inscrivent dans un contexte de croyances culturelles véhiculées par la mère de Madame auquel elle y adhère et fait des recherches approfondies à la recherche de témoignages d'autres personnes qui vivraient des choses semblables qu'elle. Il semble également important de relever le contexte d'abus physique et sexuel dans l'adolescence de Madame.

Nous lui proposons un suivi dans le programme avec les objectifs suivants:

- Discuter autour des symptômes, mettre des mots et tenter de nuancer les croyances
- Reprise d'une activité professionnelle / demande AI
- Soutien dans les relations sociales
- Proposer des entretiens de famille avec sa mère adoptive

Contenu inhabituel de la pensée (P1)

CONTENU INHABITUEL DE LA PENSEE / IDEES DELIRANTES

Echelle de sévérité (sélectionner)

0 Absent	1 Présence discutable	2 Léger	3 Moyen	4 Modérément sévère	5 Sévère mais non psychotique	6 Sévère et psychotique
	L'esprit « joue des tours » qui laissent perplexe. Sentiment que quelque chose est différent.	Intérêt exagéré pour la vie imaginaire. Idées / croyances inhabituellement valorisées. Quelques superstitions dépassant ce que l'on peut attendre envers les normes culturelles.	Evènements psychiques inattendus qui ne sont pas facilement écartés et qui peuvent être irritants ou inquiétants. Sentiment que ces expériences ou ces nouvelles croyances Irrépressibles prennent un sens puisqu'elles persistent.	Notion que les expériences peuvent provenir de l'extérieur de soi ou que les idées / croyances peuvent être réelles mais le scepticisme reste intact. N'affecte habituellement pas le fonctionnement.	Croyance irrépressible dans la réalité des « tours joués par l'esprit » mais le doute peut être introduit par des preuves contraires ou les opinions des autres. Peut affecter le fonctionnement.	Conviction délirante (sans critique) au moins de manière intermittente. Perturbe habituellement la pensée, les relations sociales ou le comportement.

Méfiance et idées de persécution (P2)

MÉFIANCE ET IDÉES DE PERSÉCUTION

Echelle de sévérité (sélectionner)

0 Absent	1 Présence discutable	2 Léger	3 Moyen	4 Modérément sévère	5 Sévère mais non psychotique	6 Sévère et psychotique
	Circonspection.	Doute sur sa sécurité. Hyper-vigilance sans réelle source de danger.	Notion que les gens sont hostiles, indignes de confiance, et/ou qu'ils entretiennent facilement de la malveillance. Sentiment que l'hyper-vigilance est nécessaire. Sentiment récurrent (encore non fondé ou exagéré par moment) que les gens pensent ou disent des choses négatives sur la personne.	Pensées d'être observé ou désigné. Sentiment que les gens peuvent causer du tort. Méfiance. Croyances facilement écartées. La présentation peut apparaître circonspecte. Réticence ou irritabilité à répondre aux questions.	Croyances mal structurées au sujet d'un danger ou d'intentions hostiles. Le doute et la perspective d'erreur peuvent être provoqués par la non confirmation d'une évidence ou d'une opinion. Le comportement est partiellement affecté. Le contact méfiant peut entraver le recueil d'informations au cours de l'interview.	Conviction délirante paranoïde (aucune critique) au moins de manière intermittente. Altère vraisemblablement le fonctionnement.

Aberrations perceptives / Hallucinations (P4)

ABERRATIONS PERCEPTIVES / HALLUCINATIONS

Echelle de sévérité (sélectionner)

0 Absent	1 Présence discutable	2 Léger	3 Moyen	4 Modérément sévère	5 Sévère mais non psychotique	6 Sévère et psychotique
	Modification mineure mais remarquée de la perception des sens (exacerbation, affaiblissement, déformation)	Changements perceptifs inattendus, informes, qui laissent perplexe mais ne sont pas considérés comme significatifs	Images informes répétées (ombres, traces, sons, etc.), illusions, ou distorsions perceptives persistantes qui peuvent être inquiétantes ou vécues comme inhabituelles	Illusions récurrentes ou hallucinations momentanées qui sont reconnues comme irréelles mais qui peuvent être effrayantes ou captivantes et peuvent affecter légèrement le comportement	Hallucinations qui affectent occasionnellement la pensée ou le comportement, qui sont vécues comme possiblement extérieures à soi ou à la réalité. Une critique peut être induite. Influence le fonctionnement	Hallucinations récurrentes perçues comme réelles et distinctes des pensées de la personne. Influence clairement la pensée, le ressenti, et/ ou le comportement. Absence de critique.