

INTERVENTION PRECOCE DANS LES TROUBLES PSYCHOTIQUES:

Concepts et résultats

Philippe Conus

Lausanne



INTERVENTION DANS LA PHASE PRECOCE DES TROUBLES PSYCHOTIQUES:

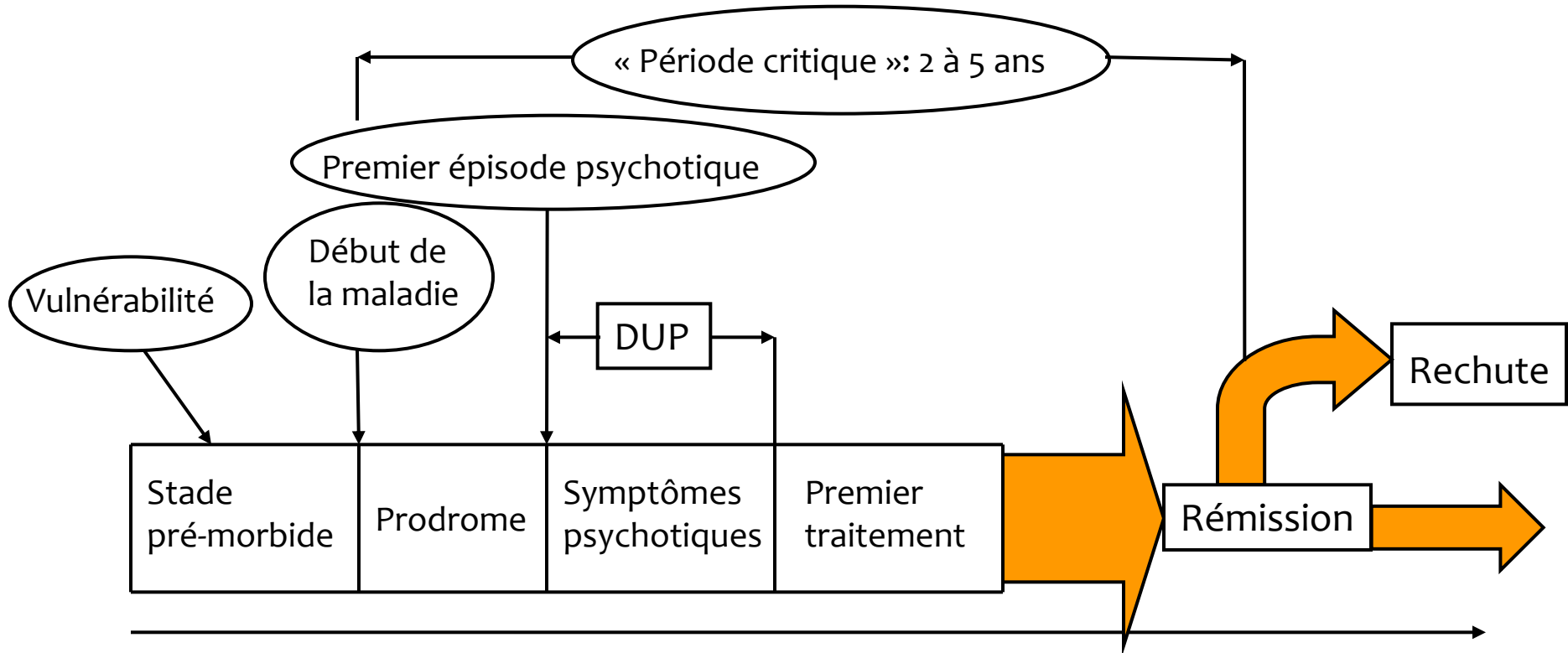
Eléments essentiels d'un programme spécialisé?

Philippe Conus
Lausanne

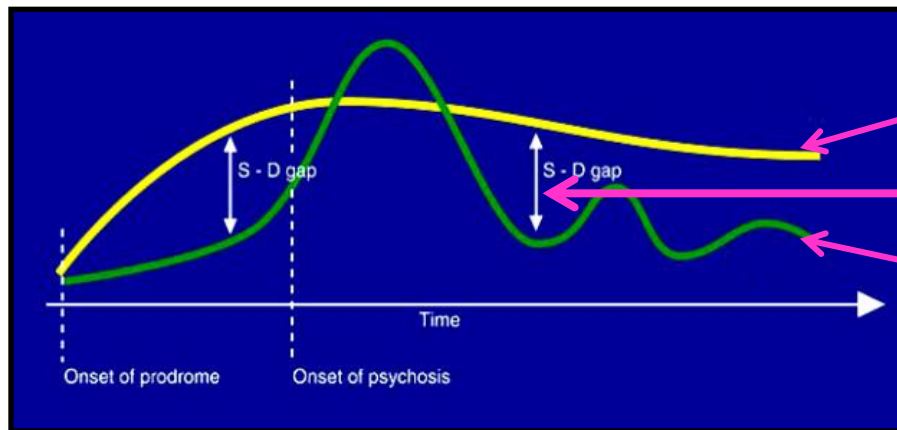
POURQUOI L'INTERVENTION PRECOCE DANS LES TROUBLES PSYCHOTIQUES?

- « La grande majorité des patients souffrant de psychose accèdent au traitement beaucoup trop tard » HS Sullivan, 1947
- Trois observations:
 - **Long délai** entre apparition des symptômes et début du traitement : *Duration of Untreated Psychosis (DUP)*
 - Schizophrénie: 2 ans
 - Troubles bipolaires: 6 à 10 ans...
 - La majorité des déficits (cognitifs, fonctionnels) et des comorbidités s'installent dans le 3 à 5 premières années de maladie : « **période critique** », souvent avant même que le patient ne se présente pour recevoir des soins
 - Les patients semblent traverser **divers stades** dans le développement de la maladie

Stades successifs d'un trouble psychotique



Temps



Handicap fonctionnel

« Symptom-disability gap »

Symptômes

QUELS SONT LES ENJEUX?

- Les psychoses émergent habituellement entre 15 et 25 ans:
 - *phase critique du développement psycho-social*
- Impact d'une longue durée de psychose non traitée
 - *Important risque de suicide (15% tentative avant traitement)*
 - *Moins bonne réponse au traitement*
 - *Mauvaise évolution fonctionnelle*
 - *Développement de co-morbidités*
 - *Impact socio-économique*
 - *Détresse des parents et de leurs proches*

OBJECTIFS des programmes spécialisés

- 1. Diminution du délai** entre l'apparition des symptômes et la mise en route du traitement par la détection précoce
 - Sujets à risque: *intervention dans la phase des prodromes*
 - Premier épisode psychotique: *diminution de la DUP*
- 2. Adaptation du traitement** aux besoins spécifiques des patients
 - Concept de staging clinique

Dans quel ordre procéder?

1. Construction d'un programme adapté au traitement des premiers épisodes de psychose

1. Facilitation de l'accès aux soins
2. Renforcement de l'engagement dans les soins
3. Mise en place de soins adaptés

2. Développement d'un programme pour la phase prodromique (UHR)

1. Le besoin s'impose par la suite
2. Favorise l'identification précoce
3. Nombreuses limitations théoriques et éthiques

Contexte

- **Psychiatrie publique Canton de Vaud :**

- Population: 740'000 habitants

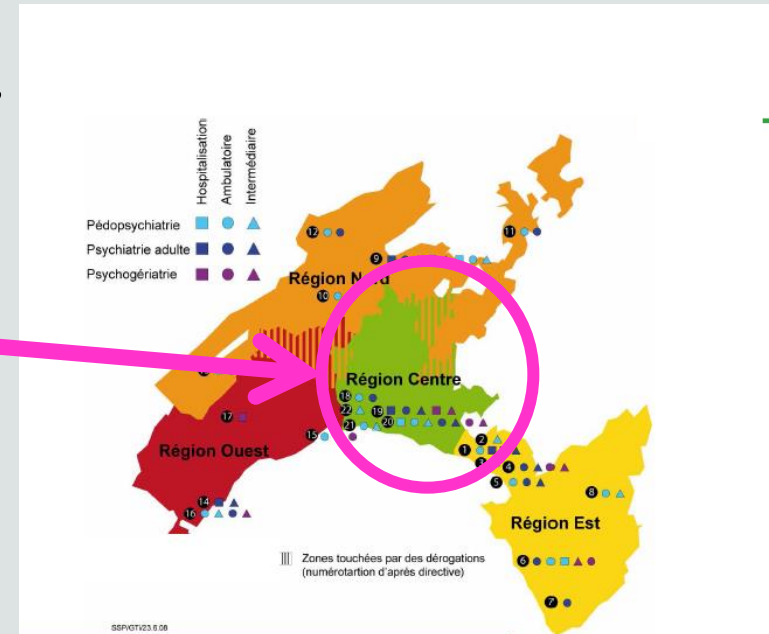
- **Division en 4 secteurs psychiatriques:**

- Centre (Lausanne) : 300'000

- Nord (Yverdon) : 130'000

- Ouest (Nyon) : 150'000

- Est (Vevey) : 140'000

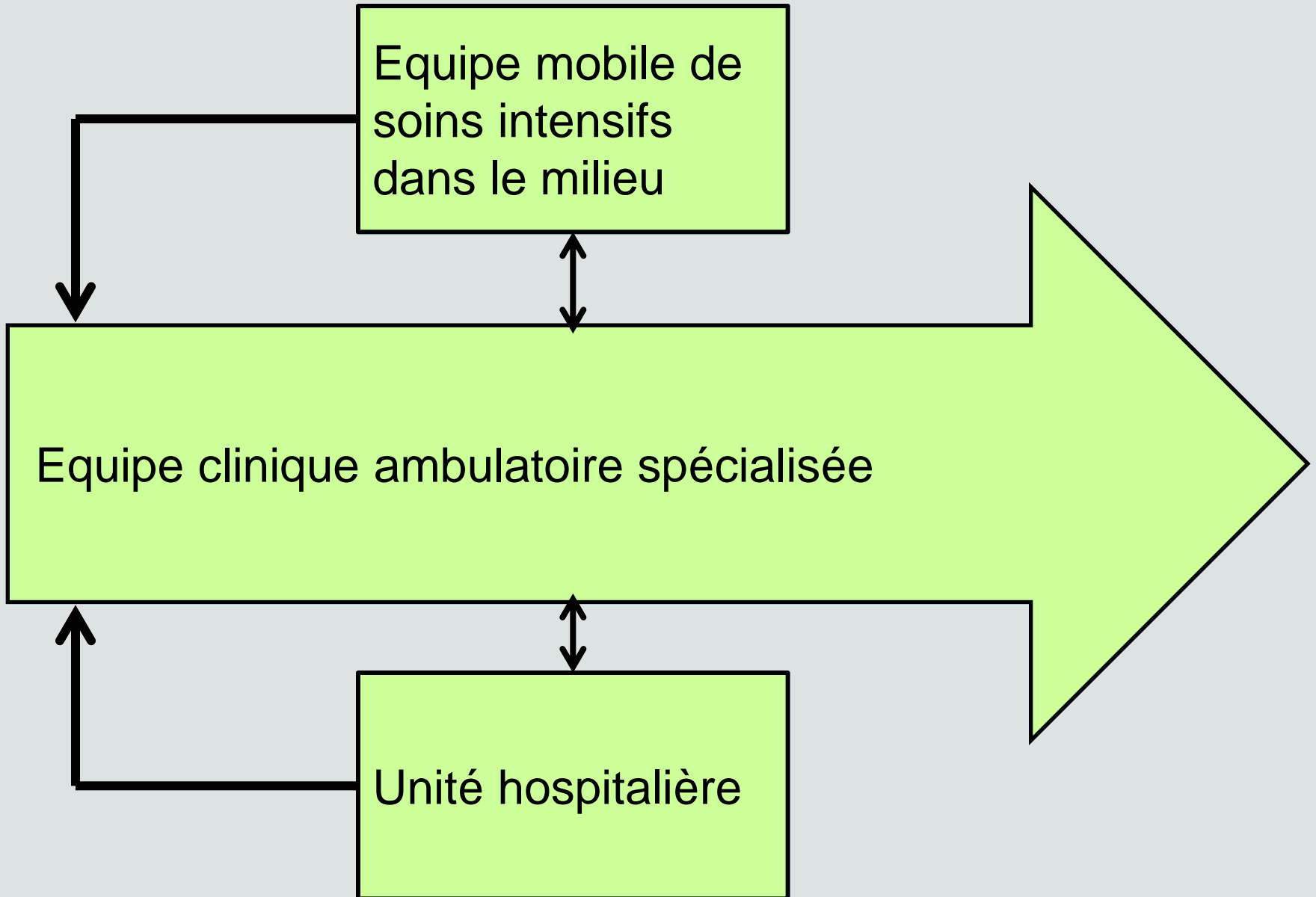


Situation à Lausanne en 2000

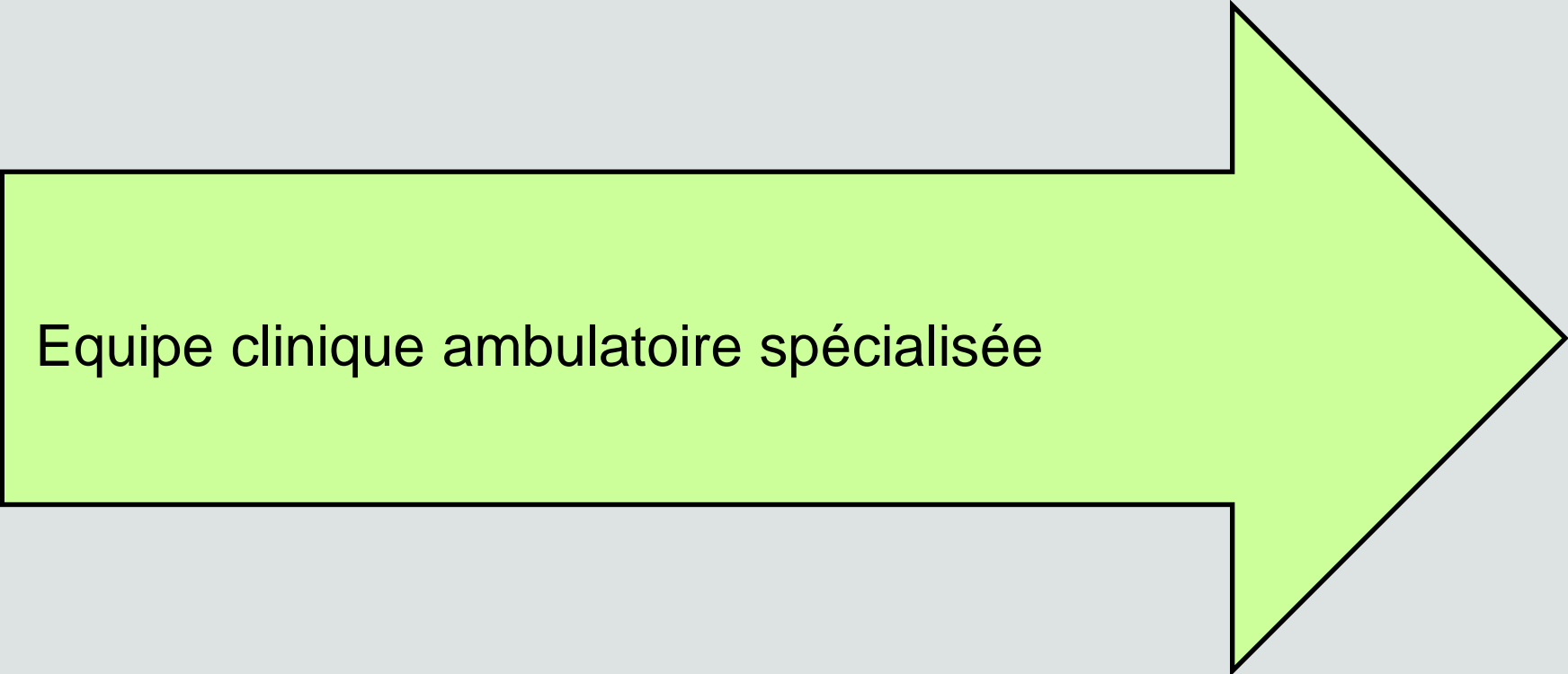
- 52 premières hospitalisations pour épisode psychotique
- Long délai avant le premier traitement
- Développement de co morbidités avant traitement
 - 30% menaces de suicide avant admission
 - 13% tentative de suicide effectuée
 - 50% abusent de substance
- Impact socio-économique
 - 44% sans emploi à l'admission
- Traitement initial traumatisant
 - 54% d'admissions non-volontaires, 25% d'isolement en chambre, beaucoup d'admissions avec l'aide de la police
- Traumatisme de la famille
 - Sentiment d'être abandonnés et livrés à eux-mêmes pendant que leur enfant se dégrade, par manque d'accessibilité des soins jusqu'à ce que la situation soit dépassée (voire dangereuse)
- Mauvaise insertion dans les soins post-hospitaliers :
50% des patients ne se rendent même pas au premier rendez-vous ambulatoire qui leurs est fixé

*ORGANISATION DES SOINS POUR
LES PREMIERS EPISODES DE
PSYCHOSE*

3 éléments essentiels



3 éléments essentiels: Equipe clinique ambulatoire

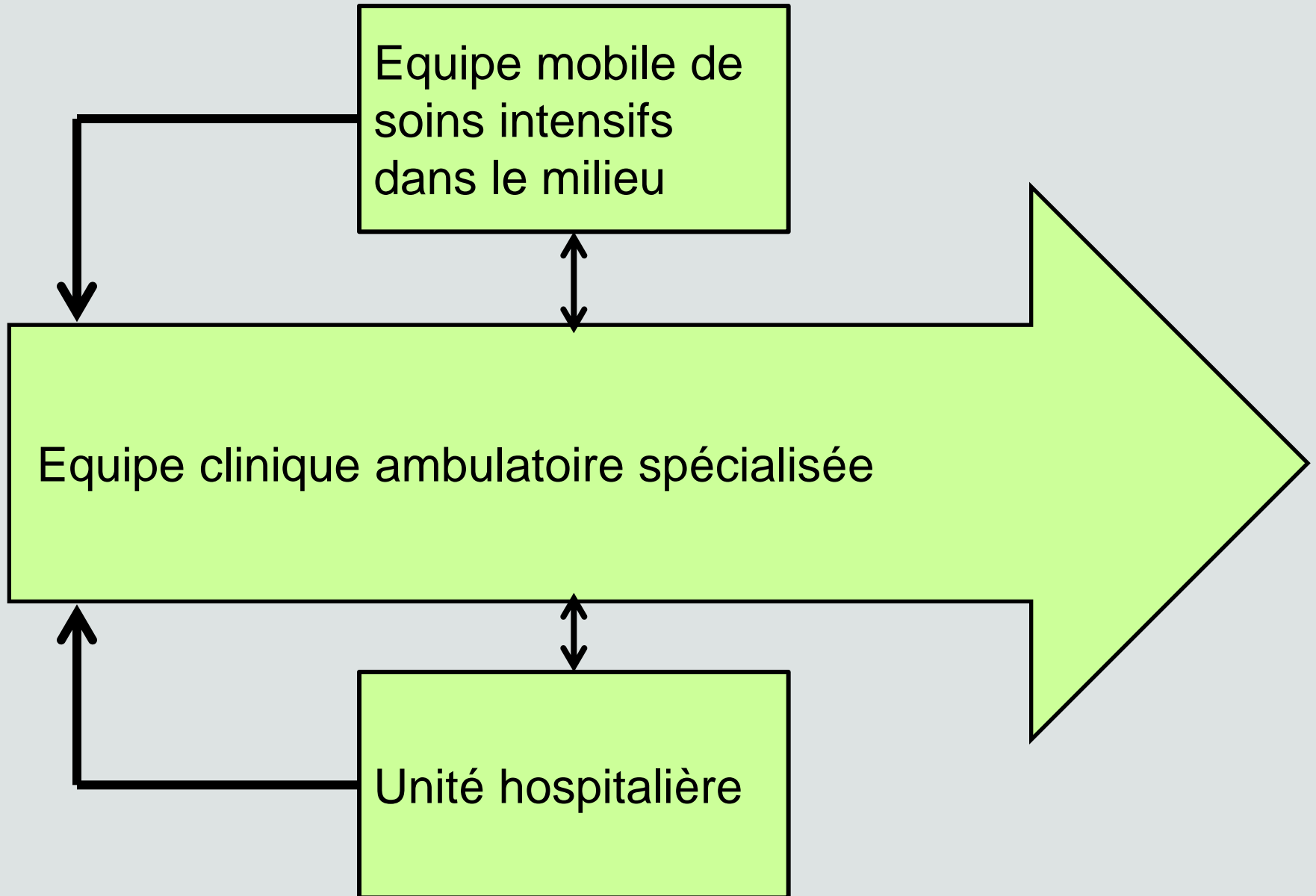


Equipe clinique ambulatoire spécialisée

Pôle ambulatoire: « Case manager clinique »

- Infirmier, assistant social, psychologue
- Fil rouge de la prise en charge pendant 3 ans
- Prise de contact très précoce (en cours d'hospitalisation, à domicile, chez le médecin installé)
- Nombre limité de patients (~25)
- Peut se déplacer à domicile ou dans le milieu (2x/sem)
- Fait équipe avec le médecin psychiatre (interne ou chef de clinique)
- A LAUSANNE:
 - secteur de 300'000 habitants (50 nouveaux patients / an)
 - 3.5 EPT case manager
 - 2 x 0.5 EPT interne psychiatre
 - 0.3 EPT chef de clinique
 - 0.6 EPT psychologue

3 éléments essentiels



3 éléments essentiels

Equipe mobile de
soins intensifs
dans le milieu

Equipe mobile de Soins Intensifs dans le Milieu (SIM)

– **Contexte:**

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

– **Buts du SIM**

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

CONCEPTS DE BASE

Patients cible

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

Case load limité

- 1 : 10-20

Philosophie et orientation

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

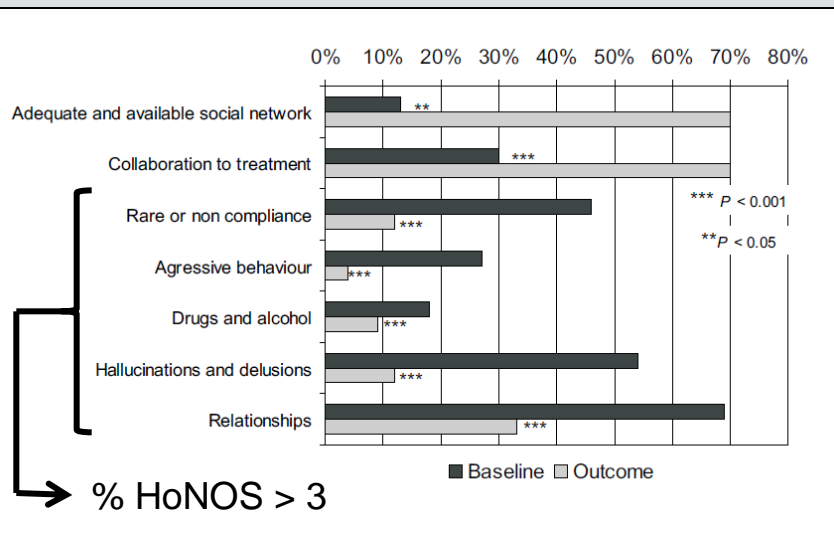


IMPACT du SIM

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

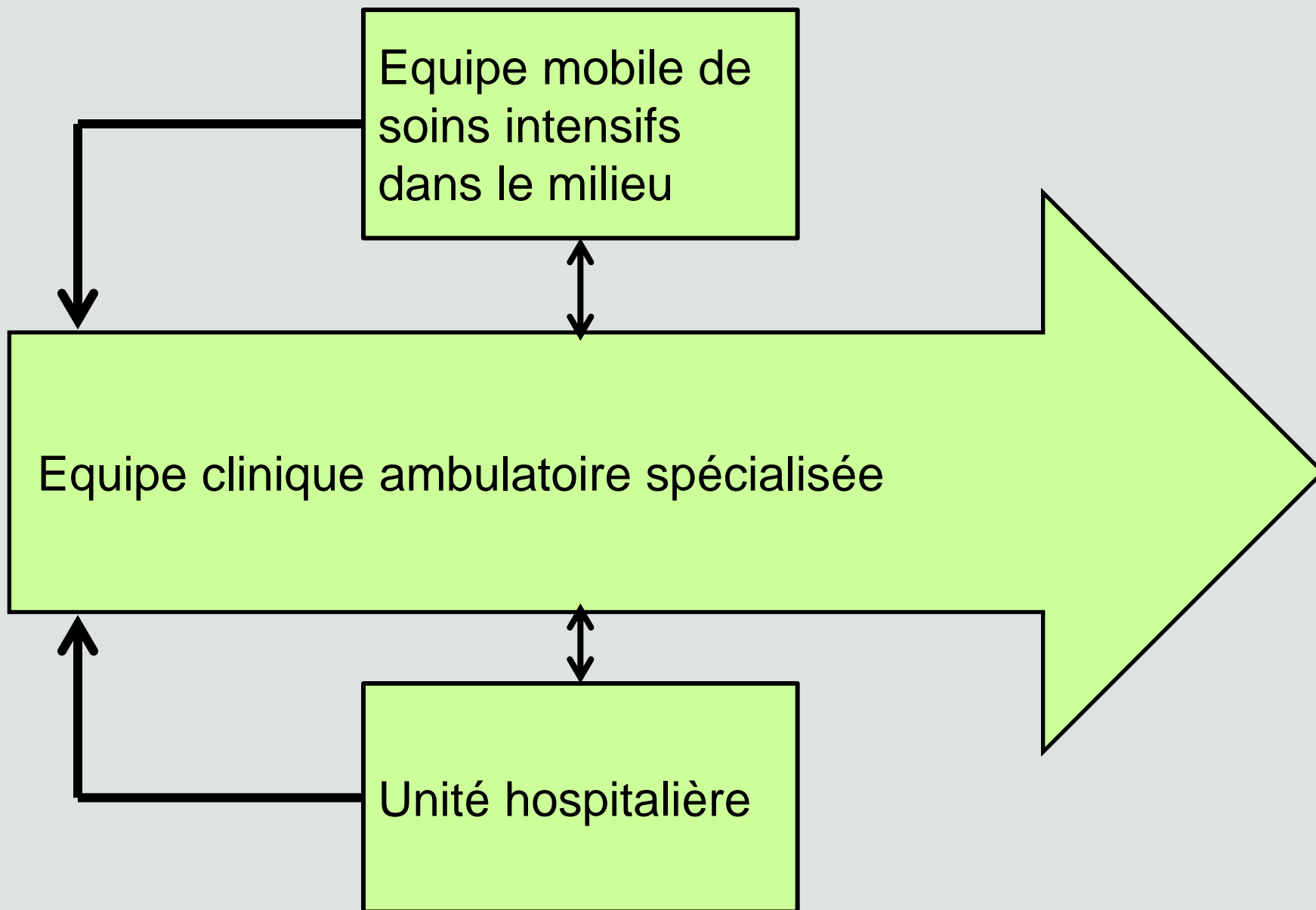
Charles Bonsack, MD¹, Laurence Adam, MD², Thomas Haefliger, MD³, Jacques Besson, MD⁴, Philippe Conus, MD⁵

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



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

3 éléments essentiels



3 éléments essentiels

- Besoins en lits très limité et contraintes structurelles
- Stratégie
 - Spécialisation d'une unité en fonction de l'âge (18 – 35 ans)
 - Formation de l'équipe aux concepts d'intervention précoce
 - Mise en place de groupes d'information et de discussion pour les patients
 - Info-psychose
 - Psychose et cannabis
- Forte interaction avec pôle ambulatoire

Unité hospitalière

*CONTENU DES SOINS POUR LES
PREMIERS EPISODES DE PSYCHOSE:*

Concept de staging clinique

STAGING CLINIQUE

- En médecine générale, le staging clinique est une stratégie qui permet:
 - *De définir des traitements sûrs et efficaces*
 - *De différencier les soins en fonction des besoins*
 - *D'évaluer le pronostic*
- Ce concept constitue
 - *Une version plus fine du diagnostic*
 - *Complète le diagnostic catégoriel type DSM qui convient mal aux phases précoces des troubles psychotiques*

STAGING CLINIQUE: PRINCIPES CENTRAUX

1. Les besoins thérapeutiques diffèrent selon le stade de la maladie
2. Les traitements sont plus efficaces dans la phase précoce de la maladie et peuvent donc être plus bénins

Editorial

As the American Psychiatric Association committees begin formal work on DSM-V, we welcome brief editorials on issues that should be considered in its formulation.

Issues for DSM-V: Clinical Staging: A Heuristic Pathway to Valid Nosology and Safer, More Effective Treatment in Psychiatry

Clinical staging is a proven strategy whose value is clear in the treatment of malignancies and many other medical conditions in which the quality of life and survival rely on the earliest possible delivery of effective interventions, yet it has not been explicitly endorsed in psychiatry (1–4). Clinical staging differs from conventional diagnostic practice in that it defines the progression of disease in time and where a person lies along this continuum of the course of illness. It enables the clinician to select treatments relevant to earlier stages because such interventions may be more effective and less harmful than treatments delivered later in the illness course (5). Although staging links treatment selection and prediction, its role in the former is more crucial than in the latter, particularly since early successful treatment may change the prognosis and thus prevent progression to subsequent stages.

A disorder that is potentially severe and may progress if untreated is likely to be most appropriate for staging. Treatment and particularly early treatment should also demonstrably increase the chances of cure or at least of reducing mortality and disability. This could include

“Defining discrete stages according to progression of disease creates a prevention-oriented framework for understanding pathogenesis and evaluation of interventions.”

Clinical staging model framework for psychotic and severe mood disorders*†

Stage	Definition	Target populations and referral sources	Potential interventions
0	Increased risk of psychotic or severe mood disorder No symptoms currently	<ul style="list-style-type: none"> • First-degree teenage relatives of probands 	<ul style="list-style-type: none"> • Improved mental health literacy • Family education, drug education • Brief cognitive skills training
1a	Mild or non-specific symptoms (including neurocognitive deficits) of psychosis or severe mood disorder. Mild functional change or decline	<ul style="list-style-type: none"> • Screening of teenage populations • <i>Referral by:</i> primary care physicians; school counsellors 	<ul style="list-style-type: none"> • Formal mental health literacy • Family psychoeducation, formal CBT • Active substance misuse reduction
1b	Ultra high risk: moderate but subthreshold symptoms, with moderate neurocognitive changes and functional decline to caseness (GAF, < 70)	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Referral by:</i> educational agencies; primary care physicians; emergency departments; welfare agencies 	<ul style="list-style-type: none"> • Family psychoeducation, formal CBT • Active substance misuse reduction • Omega-3 fatty acids • Atypical antipsychotic agents • Antidepressant agents or mood stabilisers
2	First episode of psychotic or severe mood disorder Full threshold disorder with moderate to severe symptoms, neurocognitive deficits and functional decline (GAF, 30–50)	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Referral by:</i> primary care physicians; emergency departments; welfare agencies; specialist care agencies; drug and alcohol services 	<ul style="list-style-type: none"> • Family psychoeducation, formal CBT • Active substance misuse reduction • Atypical antipsychotic agents • Antidepressant agents or mood stabilisers • Vocational rehabilitation
3a	Incomplete remission from first episode of care Patient's management could be linked or fast-tracked to Stage 4	<ul style="list-style-type: none"> • Primary and specialist care services 	<ul style="list-style-type: none"> • As for Stage 2, but with additional emphasis on medical and psychosocial strategies to achieve full remission
3b	Recurrence or relapse of psychotic or mood disorder, which stabilises with treatment at a GAF level, or with residual symptoms or neurocognition below the best level achieved after remission from the first episode	<ul style="list-style-type: none"> • Primary and specialist care services 	<ul style="list-style-type: none"> • As for Stage 3a, but with additional emphasis on relapse prevention and strategies to detect "early warning signs"
3c	Multiple relapses, provided worsening in clinical extent and impact of illness is objectively present	<ul style="list-style-type: none"> • Specialist care services 	<ul style="list-style-type: none"> • As for Stage 3b, but with emphasis on long-term stabilisation
4	Severe, persistent or unremitting illness, as judged by symptoms, neurocognition, and disability criteria Patient's management could be fast-tracked to this stage at first presentation, based on specific clinical and functional criteria (from Stage 2), or because of failure to respond to treatment (from Stage 3a)	<ul style="list-style-type: none"> • Specialised care services 	<ul style="list-style-type: none"> • As for Stage 3c, but with emphasis on clozapine, other tertiary treatments, and social participation despite ongoing disability

* This table has been reproduced in a modified form with the permission of the *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*. It was originally published in McGorry et al (2006).⁵ † The model is bidirectional, so that disorders may not only progress, but also recede and remit fully, often on a sustained and long-term basis, under the

*QUELQUES ELEMENTS
DE TRAITEMENT SPECIFIQUE
DANS LA PSYCHOSE EMERGENTE*

Programme TIPP – Lausanne

(Traitement et Intervention Précoce dans les troubles Psychotiques)

Expert Opinion

1. Introduction
2. General elements of (antipsychotic) treatment
3. Pharmacotherapy of first-episode non-affective psychosis
4. Pharmacotherapy of first-episode affective psychosis
5. Pharmacotherapy of emergency in first-episode psychosis
6. Pharmacotherapy of incomplete recovery or treatment resistant psychosis
7. Pharmacotherapy of side effects associated with antipsychotic treatment
8. Duration of antipsychotic treatment
9. Conclusions

Pharmacotherapy of first-episode psychosis

Martin Lambert[†], Philippe Conus, Tim Lambert & Pat D McGorry
[†]*Centre for Psychosocial Medicine, Clinic for Psychiatry and Psychotherapy of the University of Hamburg, Martinistreet 52, 20246 Hamburg, Germany*

Early intervention in psychosis has attracted more attention in the last few years. The treatment of this phase of the disorders requires a specific and adapted approach. The issue of engaging the patient is so critical that it influences not only the choice of medication, but also the context and the way in which it is administered. In the case of a first admission, patients should be observed for 24 – 48 h without any antipsychotic treatment, in order to clarify the diagnosis and exclude that symptoms are caused by acute intoxication with illicit substances, for example. The diagnosis is often difficult and unstable. A dimensional, rather than a categorical approach is usually more adapted. In recent years, atypical antipsychotics have become the most frequently used first-line treatment. They are less likely to cause secondary negative symptoms, cognitive impairments and dysphoria. They also appear to influence the course of depression and hostility/aggression better than conventional neuroleptics, have possibly mood-stabilising properties and, subjectively, are often better accepted by patients. On the risk side, prevalence of acute extrapyramidal side effects and possibly tardive dyskinesia are lower, compared to older neuroleptics, but the risk for short-term weight gain, cardiovascular, and especially hyperglycaemic complications are somewhat higher for some of these antipsychotics. Finally, the dose should be adapted as it has been shown that patients presenting a first psychotic episode respond to a lower dose of antipsychotic. The present article focuses on the pharmacotherapy of first-episode psychosis on the basis of a computerised and a manual search for articles dealing with antipsychotic treatment of these patients. Findings are discussed and combined in clinical guidelines for first-episode affective and non-affective psychosis, for patients with incomplete recovery or treatment resistance, for cases of emergency and for side effects associated with antipsychotic treatment.

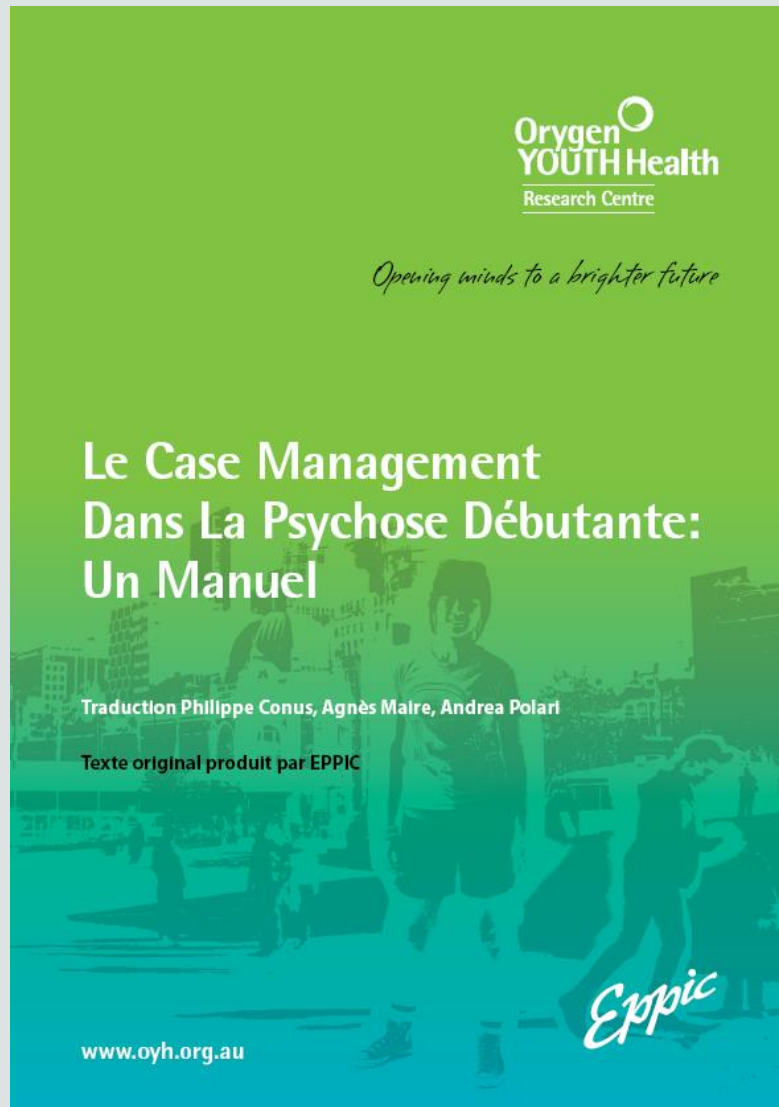
Keywords: atypical antipsychotics, first-episode psychosis, psychopharmacotherapy

Expert Opin. Pharmacother. (2003) 4(5):

REGLES DE BASE POUR LA MEDICATION

- *Observation 24 – 48h avec benzodiazépines (si possible)*
- *Utilisation de faibles doses de neuroleptiques*
- *Favoriser les neuroleptiques atypiques*
 - *Limitation des effets secondaires extrapyramidaux*
 - *Instaurer un suivi des effets secondaires métaboliques*
 - *Suivi rapproché au début (1 mois, 2 mois, 3mois)*
 - *Profile lipidique, BMI, tour de taille*
- *Suivre la réponse et adapter le traitement si absence de réponse*

Formation pour les cliniciens et les case managers



BUTS

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

Engagement des patients dans la phase précoce des troubles psychotiques

INTERVENTION INSIGHTS

The therapeutic alliance: is it necessary or sufficient to engender positiv

Craig A. Macneil¹, Melissa K. Hasty¹, Melanie Evans¹, Cassie Redlich¹, Michael Berk^{1,2,3,4}

Acta Neuropsychiatrica 2009: 2:95–98
© 2009 The Authors

‘The core of all treatments, biological and psychosocial, lies in the clinical relationship which develops between patients and professionals’.

– McGlashan et al. [(1), p.182]



RENÉ RÉTIX

STRATEGIES D'ENGAGEMENT DANS LA PSYCHOSE DEBUTANTE – ATTITUDE GENERALE

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



Contents lists available at [ScienceDirect](#)

Schizophrenia Research

journal homepage: www.elsevier.com/locate/schres



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

Philippe Conus^{a,b,*}, Martin Lambert^c, Sue Cotton^b, Charles Bonsack^a,
Patrick D. McGorry^b, Benno G. Schimmelmann^d

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

^b Orygen Youth Health and Research Centre, Centre for Youth Mental Health, University of Melbourne, Melbourne, Australia

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

^d Child and Adolescent Psychiatry, University of Bern, Switzerland

ARTICLE INFO

Article history:

Received 29 October 2009

Received in revised form 13 January 2010

Accepted 29 January 2010

Available online 4 March 2010

Keywords:

First-episode psychosis

Disengagement

Treatment adherence

Schizophrenia

ABSTRACT

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

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

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

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

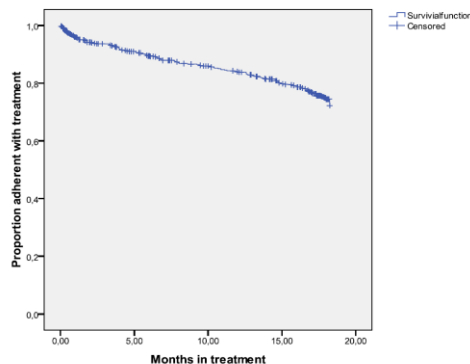
© 2010 Elsevier B.V. All rights reserved.

PREVENTION DE LA RUPTURE: données de l'étude FEPOS

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

- Les ruptures de suivi limitent les bénéfices de l'intervention précoce
- Taux de rupture dans la psychose émergente
 - Structures de soins habituelles: 17 – 60%
 - Programmes spécialisés: 18 – 25%
- Buts: Identification de facteurs prédictifs de la rupture dans un échantillon épidémiologique de 704 premiers épisodes de psychose

Figure 1. Estimated rate of service disengagement over time



- TAUX DE RUPTURE sur 18 mois: **23%**
- FACTEURS PREDICTIFS
 - Passé judiciaire (OR = 1.7)
 - EGF à l'entrée dans programme (OR = 0.6)
 - Absence de liens avec la famille (OR = 1.7)
 - Persistance d'abus de substance (OR = 2.3)

TIPP: INTERVENTIONS AUPRES DES FAMILLES

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

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

Charles Bonsack Silvia Gibellini Manetti Jérôme Favrod Yves Montagrin
Jacques Besson Pierre Bovet Philippe Conus

Department of Psychiatry, CHUV, Lausanne, Switzerland

Psychose, cannabis et

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

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

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

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

après la fin de l'intervention. Une autre étude, conduite à Lausanne, évalue l'impact d'une proposition motivationnelle brève sur la consommation de cannabis de patients souffrant de psychose (13). L'intention met en évidence une réduction de la consommation de cannabis à court terme lorsqu'elle s'ajoute aux soins habituels. Néanmoins, l'effet ne se maintient pas dans les six mois qui suivent la fin de l'intervention. Selon nos connaissances, l'EM reste le meilleur outil pour réduire à court terme la consommation de cannabis mais il faut développer par ailleurs des interventions plus efficaces.

L'ENTRETIEN MOTIVATIONNEL

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

groupes motivationnels



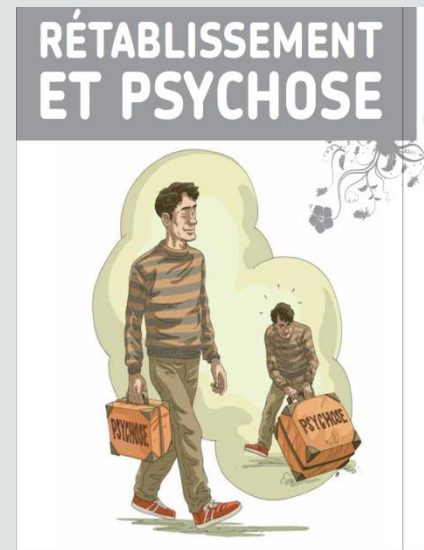
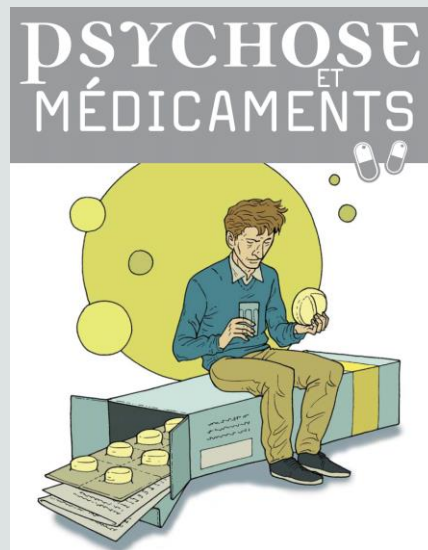
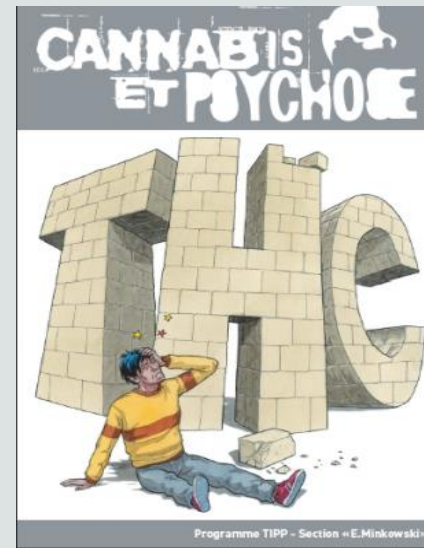
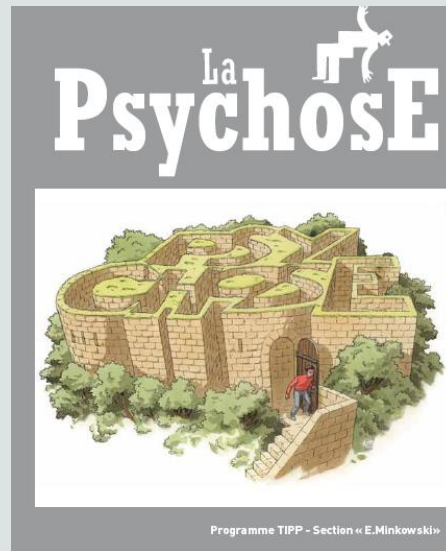
Jérôme FAVROD* (a, b),
 Silvia GIBELLINI MANETTI** (a),
 Sara CRESPI* (c),
 Shyrete REXHAJ* (a, b),
 Philippe CONUS*** (c),
 Charles BONSACK*** (a)

*Université de Lausanne, Centre d'innovation
 en santé mentale, Stn de Cary, Pully

b) Ecole des Sciences, Hôpital Asclepiadène
 de Sion, Sion, Valais

c) Service de psychiatrie générale, Département
 de psychiatrie, Centre hospitalier universitaire vaudois,
 Stn de Cary, Pully

Information sur la maladie



PICTURES & PROSE

A psychoeducation tool for patients with first-episode psychosis

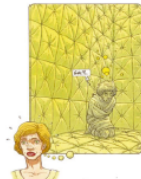
PICTURES & PROSE

patients should also meet these different challenges.

A psychoeducation tool for patients with FEP

In this article, we present a four-session psychoeducational programme used in a hospital unit specialised in the acute treatment of FEP patients. The programme is currently composed of four modules: (a) psychotic symptoms, (b) cannabis and psychosis, (c) psychosis and medication and (d) psychosis and recovery. Each module includes a folder containing 9–11 cards. Each card contains a statement title illustrating a theme considered important for psychoeducation, a vignette related to this theme and is illustrated by a cartoon. Examples of cards are to be seen below.

Psychosis is not the end of the world



Seaneze just learned she has a psychotic disorder. She realises about 'Can I live over the Chateau's roof' and thinks she will not end up like a vegetable. She is terrified because not so long ago, just before she became sick, she had a lot of projects for her future.

The term 'psychotic' is a word that is often been misinterpreted from its original meaning by the media. They use it in every way to designate bad, erratic behaviour, dangerousness or phenomena that are beyond belief. Terms originating from psychiatry have often become part of everyday vocabulary while losing their medical meaning.

In use that in the past, the treatment of psychotic disorders included medication

that knocked the patients out or gave them a rigid demeanor, along with electroconvulsive therapy or confinement. Nowadays, the medications have become much more specific and are prescribed in small dosages. From a neurological standpoint, they have very few to no side effects. Electroconvulsive therapy is very seldom used and once the score stabilises under control, the treatment is ambulatory.

The reduction of risk factors, the monitoring of a preventive medication treatment and the acquisition of competences in disorder management allow to reduce the risk of a relapse and to actively work towards restoring life projects. About 85% of the patients will not experience psychotic symptoms after 6 months of treatment. One third of the patients fully recover. We also know that the chances of recovery increase if the patients and their therapeutic team manage to develop a cooperative relationship.

We now know that it's actually a little bit of both. The disease often manifests itself in the context of trying events in life, the history also plays a part. The overwhelming majority of caregivers agree on the fact that the two kinds of treatments must be combined: medication and psychotherapy.

When dealing with psychosis, the recovery of a person's balance relies on several pillars: the patient's resources, the support of caregivers, friends and relatives, communication, psychotherapy and medication. Once that balance has been re-established, and the patient's resources are solid again, the other pillars can then be gradually removed: the person gets out of the hospital, they do not need as much help from caregivers and medication can be gradually decreased, if not discontinued.

In my soul that's hurting, not my molecule!



Martine is not feeling well, he hears scary voices, he is sad and he has been suffering for several weeks. Yet, when the doctor suggests medication, he refuses and says:

... I'm not feeling well, I'm sad, but it's not a chemical thing, it's feelings. It's my soul that's hurting, not my molecule!

For quite a while, psychiatrists had a hard time agreeing:

1 Some were saying that psychosis was a psychological problem based on life's incidents, going through hardships and that the way to solve the problem was through psychotherapy.

2 Others were saying that psychosis is a brain disease, a matter of biology and that medication was the best way to deal with it.

A good spill is relaxing



The effects of cannabis vary not only from one person to the next, depending on the quantity used, but also on the content of this use. Consumption leads to the relaxing or stimulating effects of 'tetrahydrocannabinol' (THC). But they do not always obtain these effects.

Dependence to the product decreases these effects and increases the negative consequences. Think of the effects of your very first joint. How many do you need now to have the same effect?

Cannabis makes psychosis worse by increasing strange ideas and ideas. It suddenly decreases the ability to focus on people suffering from this disorder and it reduces their motivation. These adverse effects increase social exclusion, which causes significant stress to the user.

Jérôme Favrod^{1,2,3}, Sara Crespi^{1,3},
Jean-Marc Faust^{1,3}, Andrea Polari⁴,
Charles Bonsack³,
Philippe Conus^{1,3}

¹Treatment and Early Intervention in Psychosis Program (TIPP), Département de Psychiatrie CHUV, Université de Lausanne, Clinique de Cery, Prilly, Switzerland;

Acta Neuropsychiatrica 2011

© 2011 John Wiley & Sons A/S

DOI: 10.1111/j.1601-5215.2011.00529.x

Symptômes

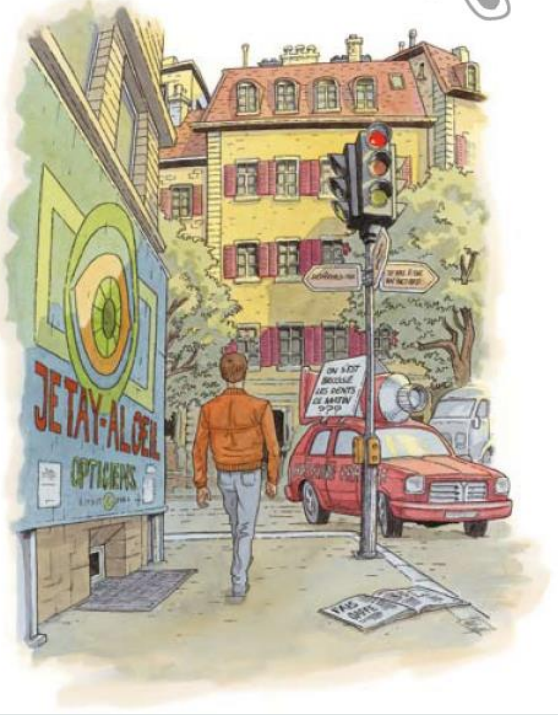
Je pète un câble



P

Paul a peur de devenir fou et de perdre le contrôle.

L'expérience psychotique commence fréquemment par une augmentation de la sensibilité à l'environnement comme si les sens devenaient plus aiguisés. Cette augmentation de la sensibilité à l'environnement va donner plus de relief au monde. Des bruits ou des détails insignifiants vont prendre des proportions notables. Ce phénomène est accompagné par un sentiment de fragilité par rapport à l'environnement. Ainsi, la démarcation



J'ai pas la motiv'



J

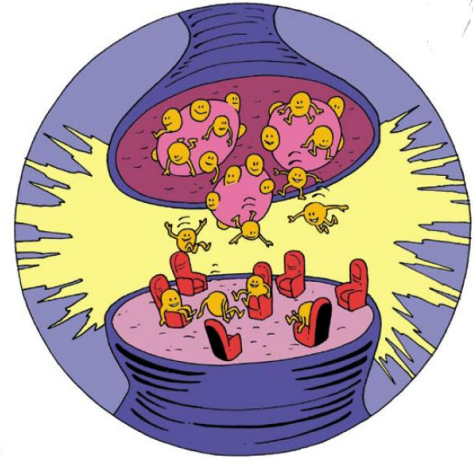


Médication

Ils me font plus de mal
que de bien (ou quand j'arrête
de les prendre je vais mieux?)



Comment ça marche
les neuroleptiques?



C

Comment fonctionne le cerveau?

Le cerveau est composé de plusieurs millions de cellules: les neurones.

Ces neurones communiquent entre eux par l'intermédiaire de substances qui passent d'une cellule à l'autre: les neurotransmetteurs.

Les neurotransmetteurs sont émis par une cellule et vont se fixer à la surface de l'autre où se trouvent des récepteurs.

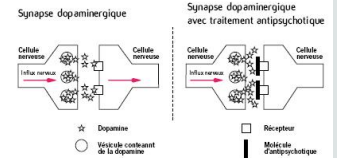
Il y a plusieurs sortes de neurotransmetteurs et de récepteurs.

Comment fonctionnent les neuroleptiques?

Les neuroleptiques agissent en se fixant sur les récepteurs. Ils rétablissent ainsi l'équilibre en contrôlant la quantité de neurotransmetteurs qui peuvent se fixer sur ces récepteurs.

Qu'est-ce qui se passe dans la psychose?

Certaines données suggèrent que dans un épisode de psychose, il y a un déséquilibre de neurotransmetteurs (trop de dopamine par exemple). Ces déséquilibres seraient à l'origine des symptômes comme les hallucinations par exemple.



J'ai mal a l'âme,
pas aux molécules !!



m

Psychose et cannabis

CANNABIS ET PSYCHOSE / FICHE 21

APRÈS AVOIR FUMÉ DE LA BEUH,
J'AI L'IMPRESSION QUE TOUT LE
MONDE ME CRITIQUE OU PARLE DE MOI.
PARFOIS J'ENTENDS DES VOIX OU J'AI
DES VISIONS.



Il est bien connu que l'intoxication aiguë de cannabis peut provoquer un état psychotique aigu, similaire à la « schizophrénie », avec « paranoïa », hallucinations (voix, visions) et sentiment de méfiance et d'angoisse.

Chez certaines personnes plus sensibles à cette substance, un état psychotique peut se développer et perdurer dans le temps, surtout si la consommation est quotidienne et importante.

Chez les personnes qui souffrent déjà de psychose, le cannabis aggrave les symptômes et peut provoquer de nouvelles rechutes de la maladie, avec des conséquences souvent négatives pour la personne (hospitalisations, augmentation de la médication, arrêt ou difficultés dans les activités, dans les études, etc.).

CANNABIS ET PSYCHOSE / FICHE 22

GRÂCE AU CANNABIS,
JE SUIS PLUS CONCENTRÉ
ET PLUS CRÉATIF.



Grâce au cerveau et à ses fonctions (pensées, mémoire, émotion, attention), l'être humain peut créer de la poésie, de la musique, de la peinture et inventer. Le THC agit sur ce cerveau en diminuant ses capacités. La mémoire est moins bonne, la pensée peut se désorganiser et se ralentir. Les jeunes fumeurs de cannabis ont d'ailleurs plus de difficultés dans leurs études.

Lors de crises psychotiques, les perceptions sont perturbées. Le cannabis va augmenter cette désorganisation du cerveau. La personne peut croire alors que ses actes sont d'une valeur particulièrement brillante et hors normes. Malheureusement avec du recul, la personne risque d'être déçue de ce qu'elle pensait être si bien au moment de l'effet du cannabis.

Psychose et rétablissement

C'EST MOI QUI SAIS!



A

Amélie n'en fait toujours qu'à sa tête. Elle s'oppose à son hospitalisation et refuse tout traitement. Elle met toute son énergie à préserver son sentiment de liberté en restant celle qui décide.

Finalement, elle en discute timidement avec son médecin et s'aperçoit que cette dernière ne cherche pas forcément à contrôler ses choix de vie mais au contraire à l'aider à contrôler ses symptômes

JE NE SUIS PAS PSYCHOTIQUE!

J

Jérôme s'énerve: « Je ne suis pas psychotique! Vous ne dites que des conneries! Je suis moi, Jérôme, et je ne vois pas le monde comme vous, c'est tout! »

Etre ou ne pas être psychotique... Jérôme a raison, ça n'est pas une bonne façon de poser la question!

Jérôme est Jérôme, c'est clair... mais il sait bien qu'il entend des voix depuis quelques semaines, et que ses idées s'embrouillent souvent... Et ça, ce sont des manifestations de la psychose.

Refuser de voir les choses en face et de reconnaître que quelque chose se passe n'est certainement pas une bonne solution. Les études



TIPP

Création d'un jeu sous la forme d'une application



2. Le « bad-trip »

Après avoir fumé du cannabis, Luc s'est senti mal. Son cœur s'est mis à battre, il était sans force. Il a cru qu'il allait mourir. Comment appelle-t-on ce phénomène ?

- a) Un Brad Pitt
- b) Un bad-trip
- c) Un back-flip

Qu'est-ce qu'un « bad-trip » ?

- a) Un voyage raté
- b) Une intoxication au cannabis
- c) Une allergie au gluten

Que faire en cas de « bad-trip » ?

1. Ouvrir la fenêtre
2. S'allonger
3. Respirer profondément
4. Attendre que ça passe
5. Répéter l'alphabet à l'envers
6. Manger une barre de chocolat
7. S'enfermer dans les toilettes

Flyer

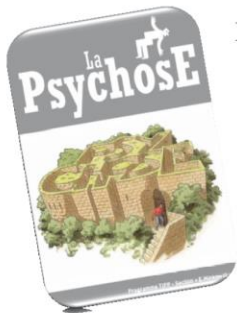


Qu'est-ce que le programme TIPP ?

Le programme a été développé pour répondre aux besoins des jeunes personnes présentant un premier épisode de psychose. Les buts principaux sont l'identification précoce avec accès rapide aux 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. Consiliums 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

2. Suivi Intensif dans le Milieu (SIM)

S'occupe de l'évaluation et de la prise en charge intensive dans la communauté et constitue une alternative à l'hospitalisation. Equipe spécialisée dans le soutien à l'engagement dans les soins.

3. Pôle hospitalier

L'unité Azur, au sein de l'hôpital psychiatrique universitaire de Cery, propose une prise en charge psychiatrique combinant pharmacothérapie, approche psychologique, entretiens de famille et soutien social. Des groupes d'information sur la psychose, les médicaments, la consommation de cannabis et de travail sur les symptômes de la maladie sont proposés. Plusieurs activités sont possibles incluant le Tai Chi, l'ergothérapie, un groupe DVD, un groupe alimentation, et de la physiothérapie. Les familles sont accueillies et soutenues.

L'Equipe

En ambulatoire : Médecins, psychiatres, psychologues, Case Managers, assistants sociaux ;

A l'hôpital : médecins, psychiatres, psychologues, assistants sociaux, ergothérapeutes, physiothérapeutes, infirmiers ;

SIM : Médecins, psychiatres, infirmiers, psychologues, assistants sociaux.

Case Manager

Référent, fil rouge du suivi pendant 3 ans, en binôme avec le médecin. De formation infirmier, assistant social ou psychologue. Engage la personne et facilite l'accès aux soins. Travaille sur l'intégration de l'expérience psychotique et la réinsertion sociale et professionnelle, facilite les contacts avec la famille et vise le rétablissement dans une vision optimiste à l'égard de la maladie.

La recherche

Le programme TIPP travaille en collaboration avec le Centre de Neurosciences Psychiatriques (CNP), pour éclaircir certains aspects biologiques, cognitifs et thérapeutiques de la psychose. La personne sera approchée pour demander son accord pour la participation à différents projets de recherche. Participer est une décision qui appartient à la jeune personne. Quelque soit son choix, ceci n'interfère pas avec la prise en charge proposée et l'accord de participation peut être retiré à tout moment, sans que le traitement ne soit remis en question.



Contacts

Philippe Conus, médecin adjoint, responsable programme TIPP
Email: Philippe.conus@chuv.ch Tél : 021 643 61 11

Sara Crespi, médecin cheffe de clinique, volet hospitalier
Email: Sara.crespi@chuv.ch Tél: 021 643 68 46

Florence Macheret-Christe, médecin cheffe de clinique, volet ambulatoire
Email: Florence.macheret-christe@chuv.ch Tél: 021 643 14 05

Jean-Marc Faust, infirmier chef de service, responsable des case managers
Email: Jean-marc.faust@chuv.ch Tél: 021 643 68 21



TRAITEMENT COGNITIF SPECIALISS POUR LES SYMPTOMES PERSISTANTS ET LES TROUBLES COGNITIFS



- STOPP: Systematic Treatment of Persistent Psychotic Symptoms
- Metacognitive training

Disponible en ligne sur www.sciencedirect.com



Annales Médico Psychologiques ■■ (2007) ■■■

ANNALES MÉDICO
PSYCHOLOGIQUES

<http://france.elsevier.com/direct/AMEPSY/>

Communication

Remédiation cognitive de la schizophrénie.
Présentation du programme RECOS

Cognitive remediation for schizophrenia.
Presentation of the RECOS program

P. Vianin

Consultation de Chauderon, Section « E. Minkowski » 9, Avenue d'Echallens, 1004 Lausanne, Suisse

Specialised cognitive
remediation program:
RECOS

- *Evaluatuion de tous les patients*
- *Traitement en cas de besoin*

CAMPAGNES GRAND-PUBLIC

DÉDRAMATISER LA SCHIZOPHRÉNIE

Mal connue, cette maladie touche pourtant 1% de la population. Une journée d'information aura lieu le 16 mars dans plusieurs établissements scolaires de Lausanne, ainsi qu'au CHUV et à l'UNIL.

Qui sait ce qu'est vraiment la schizophrénie? Pourtant, de nombreuses personnes souffrent de cette maladie, sans toujours le savoir d'ailleurs. Dans la plupart des cas, elle se déclare entre 15 et 25 ans et se traduit par une perte de contact avec la réalité. Mais tous les patients ne présentent pas les mêmes symptômes. Certains ont des troubles de la pensée, d'autres des hallucinations visuelles ou auditives. Une schizophrénie est diagnostiquée lorsque les symptômes persistent sur une durée d'au moins six mois.

Connue depuis une centaine d'années, la schizophrénie reste une maladie complexe dont on n'a pas encore réussi à identifier les causes. «Il existe probablement une vulnérabilité biologique, en partie génétique, relève Philippe Conus, médecin au Département de psychiatrie du CHUV. Cependant il existe d'autres facteurs. Le stress, la consommation de substances psychotropes, une rupture sentimentale ou un conflit peuvent être des éléments déclencheurs chez une personne vulnérable.»

Mais il faut savoir que la schizophrénie se soigne. Décelée rapidement, on peut limiter son évolution grâce aux médicaments et à une prise en charge psychothérapeutique. Un quart des patients ne font qu'un épisode de crise et parviennent à retrouver une vie normale. «Le problème, poursuit Philippe Conus, c'est que les jeunes qui en souffrent ont souvent honte, ils ont peur de passer pour des fous et n'osent pas consulter. Certains fument du cannabis pour atténuer les troubles. De plus, comme la maladie se déclare généralement à l'adolescence, les symptômes peuvent se confondre avec les changements propres à cette période-là. Le message que nous souhaitons faire passer, c'est que la schizophrénie est à prendre au sérieux, mais qu'en même temps elle n'est pas nécessairement dramatique puisque bon nombre s'en sortent. L'important, c'est de se soigner.»

D.G.

Journée de la schizophrénie, 16 mars / www.info-schizophrénie.ch
Table ronde sur la schizophrénie à l'Anthropos Café : 12h30 à 13h45
Soirée «Schiz-ô-night» au Romandie, dès 22h00

«La schizophrénie doit être traitée au plus tôt»

Santé Les jeunes sont les premières victimes de la maladie. Une journée leur est consacrée

La schizophrénie aujourd'hui se soigne bien, se guérit même le plus souvent. Mais, pour arriver aux meilleurs résultats, il est essentiel d'engager très tôt son traitement. Une démarche difficile, pour différentes raisons. Mais pas impossible. Tel est le message qu'entendent transmettre ce vendredi les organisateurs de la 4e journée de la schizophrénie qui se concentrera cette année sur les jeunes, premières victimes d'une maladie qui se déclare dans 80% des cas entre 15 et 25 ans – notamment à l'occasion des bouleversements physiques et du stress qui accompagnent l'adolescence.

«Il passe souvent beaucoup de temps entre l'apparition de la schizophrénie et sa prise en charge, regrette le Dr Philippe Conus, praticien associé du Service de psychiatrie générale du CHUV et médecin responsable du pro-

gramme «Traitement et intervention précoce dans les troubles psychotiques». Or, plus le patient attend, plus il lui est difficile de récupérer à la fois psychologiquement et socialement.»

Mobiliser l'entourage

Pourquoi le premier pas est-il aussi difficile à accomplir? Les raisons sont multiples. «Les premières manifestations de la maladie restent peu typiques, explique Philippe Conus. Cela commence par des troubles assez vagues de la concentration et de la mémoire, un état de dépression, un repli sur soi, un sentiment général d'étrangeté. Ce n'est qu'après un certain temps qu'apparaissent des symptômes plus évidents, soit des hallucinations visuelles ou auditives à répétition.»

Pour tout compliquer, «les pa-

tients ne se sentent pas eux-mêmes malades, indique le Dr Charles Bonsack, responsable de l'Unité de psychiatrie mobile du CHUV. Dans un premier temps, ils accordent systématiquement les voix qu'ils entendent ou les formes qu'ils sont seuls à apercevoir à des causes extérieures.» D'où la nécessité d'une mobilisation de l'entourage et du personnel soignant. «Il s'agit d'aller à leur rencontre, poursuit le médecin. Attendre qu'ils se présentent de leur propre chef à une consultation, c'est nier la nature même de leur problème.»

Et puis, il y a la peur. Peur d'être catalogué comme fou, fou à lier, fou à enfermer, fou condamné pour toujours. «Ce sentiment est encore très présent dans notre société, convient Charles Bonsack, même s'il ne correspond plus à la réalité et aux progrès enregistrés

ces dernières décennies par la psychiatrie.»

Car la schizophrénie se soigne. Les traitements combinent généralement prise de médicament, psychothérapie et soutien social, destiné à aider les patients à retrouver leur place dans la communauté lorsqu'ils en ont été éloignés longtemps. Mieux: cette maladie se guérit. Si 25% de ses victimes en souffrent de manière permanente, 50% connaissent plusieurs crises entre lesquelles existent des périodes de rémission et 25% ne vivent qu'une seule crise avant de se rétablir tout à fait. Et ces chiffres peuvent être améliorés. **Etienne Dubuis**

*Les proches de personnes souffrant de schizophrénie ont une association, «l'lot», fondée par Anne Leroy.
Site internet: www.lilot.org*

Site internet: www.info-schizophrenie.ch

The screenshot shows the website 'Journées de la Schizophrénie' in a browser window. The browser's address bar shows the URL 'http://www.info-schizophrenie.ch'. The website's header features a green silhouette of a person in a suit and the title 'JOURNÉES DE LA SCHIZOPHRÉNIE' with the subtitle 'Une association pour raconter et dédramatiser cette maladie'. A search bar is located in the top right corner. Below the header is a navigation menu with links: 'LA MALADIE', 'SE RETABLIR', 'SOUTIENS', 'TRANCHES DE VIE', 'DES MOTS, DES IMAGES...', 'PLUS ENCORE!', 'LES JOURNÉES', and 'PLAN DU SITE'. The main content area is divided into several sections. A large featured article titled 'Le lauréat du concours Schiz-an-eYe 2009 expose !' includes a close-up image of a person's face with large, blue, stylized eyes. To the right of this article is a sidebar titled 'A la une !' containing a list of news items. Below the featured article is a grid of six smaller articles, each with a thumbnail image and a title. On the right side of the page, there are two more sidebar sections: 'Mots-clés' with a list of terms like 'micro-trottoirs', 'psychoses', 'soutiens', etc., and 'Institutions et associations partenaires' with a list of organizations like 'Association GMAAP' and 'Association L'Wit (proches)'. The browser's status bar at the bottom indicates 'Internet | Mode protégé : désactivé' and '100%' zoom.

Journées de la Schizophrénie | Une association pour raconter et dédramatiser cette maladie - Windows Internet Explorer

<http://www.info-schizophrenie.ch>

Fichier Edition Affichage Favoris Outils ?

Favorites Comment lutter... Le Sogente à VL... Hôtels et Mais... Journées de L. x

Page Sécurité Outils

JOURNÉES DE LA SCHIZOPHRÉNIE

Une association pour raconter et dédramatiser cette maladie

Chercher

LA MALADIE SE RETABLIR SOUTIENS TRANCHES DE VIE DES MOTS, DES IMAGES... PLUS ENCORE! LES JOURNÉES PLAN DU SITE

Le lauréat du concours Schiz-an-eYe 2009 expose !

En 2009, la schizophrénie s'est faite artiste ! Le concours d'art Schiz-an-eYe, organisé à Lausanne dans le cadre des 7e Journées...

A la une !

- L'association filot au marché ce samedi
- Le lauréat du concours Schiz-an-eYe 2009 expose !
- Schiz-an-eYe, schizo ?
- On en parle !
- Moi j'ai justement un ami qui...
- La schiz à night en images !
- A votre avis, le schiz-an-eYe...
- Retrouvez l'association au CHUV
- Une proche raconte, explique et imagine...
- On se fait une toile ?

Mots-clés

micro-trottoirs psychoses soutiens témoignages images documentation équipes locales canadas multimédias écoles malade nouvelles rendez-vous association se rétablir musique JOURNÉES restaurants trottoirs art

Institutions et associations partenaires

- Association GMAAP
- Association L'Wit (proches)
- CIAD - pour les ados
- Institut Neurologique (Lausanne)
- Le Romande Rock Club
- Secteur psychiatrique est (Nivernat)
- Secteur psychiatrique nord (Yverbois)
- Secteur psychiatrique ouest (Nyon)
- Secteur psychiatrique vaudois (CHUV)

Découvrez nos vidéos

Le sentiment bizarre de ne plus être soi-même, ce plus pouvoir faire confiance à ses perceptions, entendre des voix...

L'association filot au marché ce samedi

L'fil est une association vaudoise ouverte à tout proche (parent, ami, voisin, singulier, etc.) Elle accueille les personnes qui...

Le lauréat du concours Schiz-an-eYe 2009 expose !

En 2009, la schizophrénie s'est faite artiste ! Le concours d'art Schiz-an-eYe, organisé à Lausanne dans le cadre des 7e Journées...

Schiz-an-eYe, schizo ?

Il n'y a pas deux toutes dernières capotes de micro-trottoir! Encore un immense merci à Digi d'avoir animé son salon en ville pour...

On en parle !

Une job ouverture médiatique pour cette 7e édition des Journées de la Schizophrénie Découvrez ici les articles et les interviews réalisés...

Moi j'ai justement un ami qui...

Aujourd'hui on prend le temps d'écouter un petit passant, qui justement, s'est été touché par la maladie. Ce témoignage...

Internet | Mode protégé : désactivé 100%



Campagne 2011



LA SCHIZOPHRÉNIE SE SOIGNE!

En 2013, les Journées de la Schizophrénie célèbrent leurs 10 ans autour du thème « LA SCHIZOPHRÉNIE SE SOIGNE! ». A cette occasion, elles regroupent les acteurs de Suisse romande, qu'ils soient du domaine médical, social, associatif ou institutionnel.

LA SCHIZOPHRÉNIE SE SOIGNE : du 16 au 24 mars, les Journées de la Schizophrénie partent à la rencontre de la population romande pour l'informer sur la maladie. Détection précoce, mise en place de traitements personnalisés, soutien aux malades et à leur famille: psychiatres, soignants et proches prennent la parole et répondent à vos questions.

LES JOURNÉES VOUS SOIGNENT : cinéma, lectures, débats, colloque, rencontres, apéro. Un programme riche en émotions pour célébrer les 10 ans des Journées de la Schizophrénie, près de chez vous et dans toute la Suisse romande.

Programme détaillé sur info-schizophrenie.ch































Campagne 2013

**MA VIE C'EST PAS SEULEMENT
LA SCHIZOPHRÉNIE**

DU 17 AU 23 MARS 2014

www.info-schizophrenie.ch

INTROVERTIE, PERSÉVÉRANTE, LOYAL, DÉVOUÉ, DIGNÉ, RASSURANT, PEUREUX, BRILLANTE, GÉNÉREUX, PONCTUELLE, MATURE, SAGE, TRAVAILLEUR, MALHONNÊTE, AGREABLE, DÉCIDÉE, GOURMAND, PUDIQUE, SINCÈRE, ARTISTE, DÉLICAT, INFLUENT, CURIEUX, CONCENTRÉE, ENTHOUSIASTE, CHANCEUX, BRAVE, RESPONSABLE, SOLIDAIRE, REBELLE, TRICHEUSE, SEVERE, CRÉATIF, ASTUCIEUX, PRUDENTE, DOUX, ÉMOUVANT, POLIE, PARESSEUX, RANCUNER, PESSIMISTE, SOCIABLE, MYSÉRIEUX, PATIENT, RIEUR, DISTRAITE, POLIE, COMPLEXÉ, RIGOREUX, PRÉCISE, TRANQUILLE, SÈREIN, JALOUSE, CONFORMISTE.

JOURNÉES DE LA SCHIZOPHRÉNIE
Une association pour raconter et déstigmatiser cette maladie

LA MALADIE SE RÉTABLIR SOUTIENS DES MOTS, DES IMAGES... PLUS ENCORE! LES JOURNÉES

Le programme est disponible!

Le programme des 11èmes Journées de la Schizophrénie est en ligne! Retrouvez tous les détails ci-dessous et suivez notre actualité sur notre page Facebook. Programme Ma vie c'est pas seulement la schizophrénie c'est aussi...

Ma vie, c'est pas seulement la schizophrénie !

Afin de lutter contre la stigmatisation des malades souffrant de schizophrénie, l'association des Journées de la Schizophrénie organise depuis 2004 des actions de sensibilisation pour toucher le grand public et, surtout, les jeunes.

Ma vie, c'est pas seulement la maladie : c'est aussi la lecture, la photographie, les bonnes choses, les études, les rencontres... !

Du 17 au 23 mars 2014, les Journées de la Schizophrénie reviennent sur le message « Ma vie, c'est pas seulement la schizophrénie ! » afin de déstigmatiser cette maladie qui touche 1 personne sur 100.

Le programme de cette 11ème édition des Journées de la Schizophrénie sera riche en surprises, avec des événements culturels, littéraires et gastronomiques. Des rencontres avec des professionnels, des associations et des proches apporteront des réponses à toutes vos questions !

Retrouvez le programme complet ICI!

Des vidéos pour comprendre la schizophrénie

Site internet: www.info-schizophrenie.ch

Campagne 2014

MA VIE C'EST PAS SEULEMENT LA SCHIZOPHRÉNIE

11^e Journées de la Schizophrénie du 17 au 23 mars 2014

UNE CONFÉRENCE

Lundi 17 mars, 17h-18h30
SE RÉTABLI DE LA SCHIZOPHRÉNIE
avec le P^r HES Jérôme Favrod
CHUV - Auditoire Yasin, Lausanne

UNE VISITE ÉTONNANTE AU MUSÉE DE L'ÉLYSÉE

Mercredi 19 mars, 17h
ÉTONNEZ-VOUS - Philippe Halsman
visite guidée par le P^r Charles Bonsack
Musée de l'Élysée, Lausanne

À LA RENCONTRE DE LIEUX DE VIE, DE SOINS ET D'ACTIVITÉS

Mardi 18 mars, 17h-19h
L'INSTITUT MAÏEUTIQUE
Rue Sainfoix 4, Lausanne (sur inscription)

Mercredi 19 mars, 14h30-16h30
LE RÔTILLON
Rue du Rôtillon 5, Lausanne (sur inscription)

Judi 20 mars, 13h-16h
**LES ATELIERS DE L'UNITÉ DE
RÉHABILITATION**
Site de Cary, Pully-Lausanne

C'EST LA FÊTE À *L'ÎLOT*!

Judi 20 mars, 18h30
**L'ASSOCIATION DE PROCHES DE LA SCHIZOPHRÉNIE
OU DES PSYCHOSES FÊTE SES 10 ANS!**
Maison du quartier de Chailly, Lausanne

Tout le programme sur
www.info-schizophrenie.ch



IMPACT

- Recrutement: 380 patients depuis août 2004 (48/an)
- Amélioration de l'engagement dans les soins:
 - Avant développement du programme TIPP: 50% ruptures après 1^{ère} hospitalisation
 - Depuis implantation du programme TIPP: 9% ruptures au cours de 36 mois
- Faible taux d'hospitalisation
 - 1.2 hospitalisations par patient sur 3 ans
 - 56% de patients jamais hospitalisés
- Très faible taux de suicide
 - 1 seul cas à ce jour
- Satisfaction des proches et des patients
- Des études randomisées récentes ont prouvé l'efficacité et l'économicité de tels modèles de soins (*Petersen et al., BMJ 2005; Garety et al., BJP 2006, Mihalopoulos 2009*)

Is Early Intervention in Psychosis Cost-Effective Over the Long Term?

Cathrine Mihalopoulos^{1,2}, Meredith Harris³,
Lisa Henry^{4,5}, Susy Harrigan^{4,5}, and Patrick McGorry^{4,5}

Schizophrenia Bulletin vol. 35 no. 5 pp. 909–918, 2009
doi:10.1093/schbul/sbp054
Advance Access publication on June 9, 2009

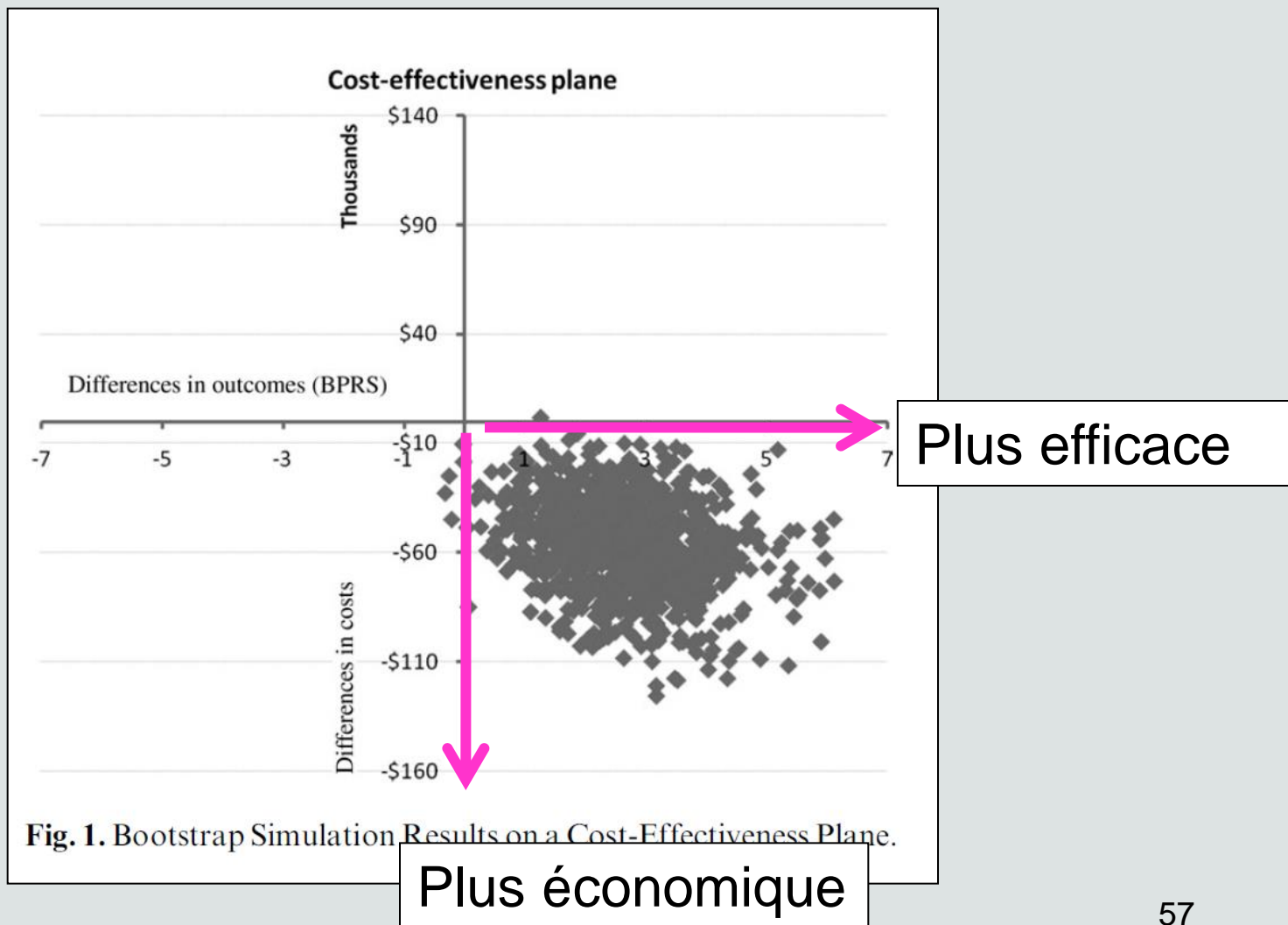


Fig. 1. Bootstrap Simulation Results on a Cost-Effectiveness Plane.

CONCLUSIONS

- La prise en charge de la phase précoce des troubles psychotiques nécessite une adaptation des modes de traitement
 - Modifications de l'organisation des services
 - Modifications du contenu des soins
 - Modifications de l'état d'esprit dans lequel les soins sont prodigués
- De telles modifications ont un effet sur l'accès aux soins et l'engagement des patients dans les soins
- Des études randomisées récentes ont prouvé l'efficacité et l'économicité de tels modèles de soins *(Petersen et al., BMJ 2005; Garety et al., BJP 2006)*
- Considérant l'impact potentiel des troubles psychotiques qui se développent chez les jeunes, il est urgent de modifier l'organisation des soins en santé mentale et de les adapter aux besoins de ces patients

Merci de votre attention!

