

## VISITE À LAUSANNE. RENCONTRE AVEC PHILIPPE CONUS

Suzanne Parizot, Jean Oureib

John Libbey Eurotext | « [L'information psychiatrique](#) »

2017/7 Volume 93 | pages 597 à 606

ISSN 0020-0204

Article disponible en ligne à l'adresse :

-----  
<http://www.cairn.info/revue-l-information-psychiatrique-2017-7-page-597.htm>  
-----

Pour citer cet article :

-----  
Suzanne Parizot, Jean Oureib « Visite à Lausanne. Rencontre avec Philippe Conus »,  
*L'information psychiatrique* 2017/7 (Volume 93), p. 597-606.

DOI 10.1684/ipe.2017.1682  
-----

Distribution électronique Cairn.info pour John Libbey Eurotext.

© John Libbey Eurotext. Tous droits réservés pour tous pays.

La reproduction ou représentation de cet article, notamment par photocopie, n'est autorisée que dans les limites des conditions générales d'utilisation du site ou, le cas échéant, des conditions générales de la licence souscrite par votre établissement. Toute autre reproduction ou représentation, en tout ou partie, sous quelque forme et de quelque manière que ce soit, est interdite sauf accord préalable et écrit de l'éditeur, en dehors des cas prévus par la législation en vigueur en France. Il est précisé que son stockage dans une base de données est également interdit.

# Visite à Lausanne. Rencontre avec Philippe Conus

Suzanne Parizot  
Jean Oureib

Rubrique coordonnée  
par J. Oureib, S. Parizot,  
et Ph. Conus

Nous avons débuté dans le numéro 5 de *L'Information Psychiatrique*, une nouvelle « série » centrée sur les psychoses émergentes, avec la demande que nos lecteurs nous envoient des articles. Nous avons alors pensé qu'il fallait présenter les trois instigateurs de cette nouvelle rubrique. Ils ont en commun un investissement personnel fort pour le développement des prises en charge spécifiques des « psychoses émergentes » et seront co-responsables des publications qui vont se succéder pendant plusieurs mois sur ce thème.

Jean Oureib, devenu fervent défenseur de cette cause de santé publique au sein de la psychiatrie, a œuvré pour que le thème des journées 2018 à Antibes soit celui de notre préoccupation commune : la prise en charge efficace des patients jeunes, dans le secteur public français, dès l'émergence des premiers signes psychotiques ; son projet est de susciter un courant assez fort dans la psychiatrie française pour organiser une politique des soins psychiques barrant les évolutions vers les lourdes psychoses installées que nous voyons encore trop souvent. Il est connu aussi de par sa place de secrétaire de l'association scientifique SIP, donc organisateur incontournable, depuis 3 ans, de tous les travaux et congrès de *L'Information Psychiatrique*.

Suzanne Parizot, militante de la première heure sur ce sujet défend l'appellation « psychose émergente » (en miroir de l'anglais « *early psychosis* ») qui oblige à une attention clinique et thérapeutique particulière, en considérant les troubles comme polymorphes, évolutifs, non fixés dans les carcans nosographiques connus. Ayant mené plusieurs actions de formation et de recherches collectives à Lyon (et avec des collègues suisses et parisiens) elle a aussi écrit plusieurs éditoriaux dans *L'Information Psychiatrique* sur son intérêt et son désir de voir se développer en France un mouvement analogue à ce qui s'est déjà installé dans la plupart des pays occidentaux sous la bannière de « *early psychosis* ».

Le troisième et éminent larron, le professeur Philippe Conus, de Lausanne est l'un des premiers Européens à avoir investi cette question. Depuis une quinzaine d'années, il a été plusieurs fois invité par Suzanne Parizot à participer à des sessions organisées sur les psychoses émergentes dans les journées de *L'Information Psychiatrique*. Depuis 7 ans, il fait partie du comité scientifique de la revue. Praticien, enseignant universitaire et chercheur, il a une véritable expertise et une place très reconnue dans le mouvement mondial « *early psychosis* ». Probablement moins connu des lecteurs, il a semblé intéressant à Jean Oureib et Suzanne Parizot de le présenter en enregistrant un entretien avec lui, publié en partie ici, à la manière d'une interview, gardant le style parlé et la spontanéité des vraies rencontres sur le modèle mis en place dans une autre rubrique (Mémoires vives). Ce texte devrait permettre à la fois de rencontrer la personne de Philippe Conus et son cheminement mettant en valeur les préoccupations essentielles de ceux qui décident de s'emparer du problème des soins spécifiques et appropriés pour ces psychoses émergentes. Les points de réflexions, les pratiques, les recherches évoquées dans son expérience personnelle, seront déclinés dans divers articles de divers auteurs au long des publications 2017-2018, à travers les textes qui nous sont déjà parvenus ou ceux qui vont nous être soumis dans les mois qui viennent. . .

Suzanne Parizot

**Correspondance** : S. Parizot, J. Oureib  
<parizotrs@aol.com>,  
<jean.oureib@gmail.com>

**Jean Oureib/Suzanne Parizot (JO/SP).** *Nous aimerions commencer la publication de cette rencontre en te demandant de te présenter toi-même, ta formation, ton itinéraire, sachant que tu es, maintenant, depuis 10 ans, professeur de psychiatrie à Lausanne et particulièrement investi dans la recherche et la prise en charge de sujets présentant des symptômes de psychose émergente :*

**Philippe Conus (PC).** Après mes études de médecine à Lausanne, j'ai fait une formation complète en médecine interne, parce que j'étais attiré par la médecine interne... mais au fond, et pour être tout à fait honnête, parce que j'étais à la recherche d'une sorte d'échappatoire à cette marginalisation, stigmatisation de la psychiatrie et des psychiatres. Je suis arrivé au bout de la formation, j'ai été spécialiste, chef de clinique, mais je me suis rendu compte qu'il me manquait ce côté où « la personne qu'on est » fait vraiment une différence. Ceci est vrai aussi en médecine interne, mais moins quand même... Il me semblait que en psychiatrie on est... un peu comme dans l'alpinisme à mains nues... on sent plus la chose, on peut influencer le parcours... J'avais fait pendant toutes mes études des gardes en hôpital psychiatrique, et en tant qu'aide infirmier ce que j'aimais beaucoup dans ce contexte, et que je continue de bien aimer, c'est le fait d'être face à un patient compliqué, un patient avec qui il n'y a pas possibilité apparente d'entrer en contact... Ces patients maniaques, agités, etc. Et j'ai du plaisir à arriver, malgré tout, à faire un lien avec cette personne qui semble perdue dans son monde, arriver à trouver le « truc » pour quand même discuter et tenter d'apaiser les choses...

**SP.** *Voilà pourquoi on s'entend bien... Car je pourrais, moi aussi, aussi définir ainsi mon attrait pour la psychiatrie des psychoses...*

**PC.** ...Honnêtement... je prends plaisir à... c'est pas du tout une question de maîtrise mais c'est un... challenge, un exercice d'intelligence...

**SP.** *Un challenge intellectuel et affectif...*

**PC.** Affectif beaucoup... Parce que voilà, tous ces gens agités... Je suis du reste allé en voir un ce matin, qui est arrivé entre deux... enfin entre quatre policiers, il a menacé la juge avec un couteau etc., on l'a placé ici, etc. Et puis je l'ai vu dimanche dernier, j'étais de piquet<sup>1</sup>, on a parlé un moment, j'aime bien parler à des patients de ce genre, puis essayer de les calmer un peu avec la parole, et souvent j'ai l'impression que cela fonctionne... Bref, pour reprendre mon histoire : j'ai été assez vite attiré par la psychiatrie en milieu hospitalier... J'ai commencé pendant un an et demi chez Fernand Seyvert, puis je me suis intéressé à la schizophrénie, je ne peux pas dire que je m'intéressais à « la schizophrénie » mais plutôt à ces patients psychiatriques assez sévères... dont la prise en charge posait problème. Ensuite, la psychiatrie à Cery (hôpital psychiatrique de Lausanne) et dans le secteur s'est modifiée puisqu'on a organisé les activités en diverses unités spécialisées. J'ai alors travaillé deux ans en ambulatoire où on se focalisait sur une approche avant tout psychodynamique sous la direction d'E. Gillieron, où j'ai appris beaucoup de choses... Mais après j'étais rappelé à Cery, en intra hospitalier, comme chef de clinique pour travailler avec Pierre Bovet, en articulation avec « la section Minkowski » spécialisée dans le traitement des patients souffrant de schizophrénie et d'un trouble du spectre de schizophrénie qui a été ouverte à ce moment-là. Il y a eu un colloque et l'inauguration de la policlinique<sup>2</sup>) Ce colloque a introduit le projet d'une nouvelle clinique, des nouveaux programmes, souhaités par Bovet

<sup>1</sup> Expression typiquement suisse pour astreinte.

<sup>2</sup> Lors de ce colloque d'inauguration, S. Parizot avait présenté les échanges scientifiques et les influences réciproques existant entre la psychiatrie universitaire lausannoise et la psychiatrie publique de secteur de l'hôpital Saint-Jean-de-Dieu à Lyon, qui se poursuivaient depuis les années 80 grâce à des liens amicaux avec Pierre Bovet.

et Seyvert. On pensait que ces patients n'étaient pas suffisamment bien traités, et l'idée était d'offrir une chaîne de soins cohérente pour ces patients qui, dans des polycliniques généralistes, étaient ceux pour lesquels on se limitait souvent à renouveler une ordonnance de « dépôt... » (neuroleptique retard) et puis on ne parlait pas beaucoup avec les patients ; une approche psychothérapeutique était en fait exclue. Ces patients sont devenus, d'un coup, notre patientèle principale, ce qui nous a permis de beaucoup mieux les investir. Et puis cela a créé un climat, un élan positif. Donc j'ai travaillé effectivement pendant trois ans, comme chef de clinique, ici, dans une unité intra-hospitalière qu'on a organisée en essayant de donner une cohérence à l'ensemble. Nous nous sommes focalisés dans un premier temps sur les patients « haut utilisateurs de soins », c'est-à-dire ces patients mal insérés dans les soins qui se rétablissaient bien à l'hôpital mais rechutaient rapidement après la sortie du fait de leur manque d'engagement dans les soins. Avec Charles Bonsack, nous avons alors mis sur pied une équipe de « suivi intensif dans le milieu » sur le modèle de l'*Assertive Case Management* de Madison. Désireux d'un séjour à l'étranger, je suis tombé sur les travaux de Patrick McGorry à Melbourne et son programme de prise en charge des premiers épisodes de psychose, et je suis parti avec ma famille en Australie où je suis resté pendant 3 ans et demi.

#### **JO.** En quelle année ?

**PC.** ...En 2000. Je suis revenu à Lausanne fin 2003. D'abord, j'ai travaillé à Melbourne en tant que clinicien, position qui ressemblait à celle que j'avais occupée en Suisse, mais dans le cadre d'un programme spécifique pour les premiers épisodes nommés EPPIC pour *Early Psychosis Prevention and Intervention Center*. C'était encore relativement petit à ce moment-là. Il y avait assez peu de cliniciens et relativement peu de recherches. Uniquement de la recherche clinique. Mais, pendant que j'étais là-bas, le dispositif a commencé à prendre de l'ampleur. La recherche s'est étoffée, toujours centrée sur des questions cliniques en rapport avec le système de soins, à la recherche de la meilleure approche possible. Bien que j'avais alors 39 ans et pratiquement pas d'expérience en recherche, je m'y suis mis, bien qu'en Suisse on m'avait dit que j'étais déjà trop vieux pour entamer une carrière académique... comme quoi il n'est jamais trop tard...

#### **En France, on vient d'élire notre président à 39 ans !**

**PC.** ...Là je ne présidais qu'à mon destin... et puis j'ai donc fait de la recherche... je me suis intéressé à un domaine encore très peu investi : les psychoses affectives, les troubles bipolaires avec symptômes psychotiques, les troubles schizo-affectifs. J'ai commencé par un travail de revue de littérature pour constater le manque criant de connaissances spécifiques relatives à l'intervention précoce dans ce type de troubles. Avec quelques collègues nous avons mis sur pied divers projets de recherche et avons essayé de commencer à définir un peu mieux comment aborder ces patients en clinique.

J'ai aussi travaillé sur une autre étude basée sur la relecture des plus de 700 dossiers médicaux des patients traités dans le programme Eppic entre 1998 et 2000, avec Martin Lambert qui est maintenant prof à Hambourg. Nous avons publié plusieurs articles sur la base des données récoltées et avons pu explorer de nombreuses questions cliniques dans cette cohorte très représentative des premiers épisodes psychotiques. J'ai donc pu faire à la fois un apprentissage de la recherche et m'imprégner du fonctionnement de cette clinique. Dans le système à Melbourne, il y avait une équipe mobile de soins intensifs, une équipe de *case management* et une petite unité hospitalière. Ensuite, ils avaient un programme groupal, avec des ateliers... tout un kit d'outils qui s'est monté progressivement... Puis, je suis revenu définitivement en Suisse à fin 2003. Pendant mon absence, Charles Bonsack avait agrandi l'équipe de suivi intensif dans le milieu en fermant un hôpital de jour qui était en perte de vitesse. Ceci a permis d'avoir une vraie

équipe pour du suivi intensif dans le milieu... Les cliniciens n'ayant en charge qu'un maximum de 10 patients... Ils font du suivi intensif jusqu'à deux fois par jour à domicile, et servent d'alternative à l'hospitalisation aussi bien que d'équipe de soins pour les patients refusant tout suivi institutionnel ambulatoire.

C'est aussi à ce moment que nous avons décidé de développer un programme spécifique pour les premiers épisodes de psychose, sur le modèle de Melbourne. Nous avons conduit une petite étude sur le devenir des patients hospitalisés pour un premier épisode psychotique à Lausanne en 2000, et avons constaté qu'outre tout un cortège de problèmes (abus de substance, désinsertion professionnelle et scolaire, conflit avec les parents et tentatives de suicide pour 15 % d'entre eux), plus de 50 % échappaient à toute prise en charge dès la sortie de l'hôpital.

Constatant ce taux d'engagement catastrophiquement bas, nous avons décidé de mettre sur pied notre programme TIPP (traitement et intervention dans la phase précoce des troubles psychotiques) qui est depuis 2004 à la disposition de la population de notre secteur qui compte 350 000 habitants. Nous avons décidé de nous focaliser sur les premiers épisodes de psychose plutôt que sur un programme de détection des patients « prodromiques » ou à ultra haut risque de psychose, considérant que les premiers épisodes nécessitent clairement un traitement spécifique et de qualité qui est relativement bien défini, alors que la phase de prodrome était à ce moment-là encore un domaine de recherche assez mal défini. Devant faire des choix vu les contraintes budgétaires, nous avons mis notre énergie dans le traitement de la phase débutante d'un trouble psychotique avéré.

Nous recrutons actuellement un peu plus de 50 patients par année, ce qui est proche de l'incidence théorique de 1 à 2 nouveaux cas pour 10 000 habitants par an. Comme nous proposons des soins pendant 3 ans, le programme gère une cohorte d'environ 150 patients, ce qui constitue une masse critique suffisante pour constituer un vrai programme.

**JO.** *Oui, avec ces incidences il faut regrouper plusieurs secteurs. On en est convaincu ; un secteur, chez nous, de 60 000 à 80 000 habitants est insuffisant. Mais on travaille déjà beaucoup autour de missions, de « surspécialités » en intersectoriel. Trois cent mille, chez moi, ça correspond à quatre, cinq secteurs. On est tout le temps à travailler à quatre secteurs. Donc, fabriquer une équipe d'intervention précoce autour de ces problématiques, former quelques infirmiers, quelques psychos, et médecins, c'est tout à fait faisable.*

**PC.** Sur la base de ces chiffres, nous avons pu justifier la création d'une équipe de 5 *case managers* en partie en reprenant des ressources de l'ambulatoire déjà en place et en nous appuyant sur des nouveaux fonds dédiés au lancement de projets innovants. On a monté un noyau d'équipe avec la mission de s'occuper des patients, devenir le fil rouge d'un patient pendant les trois ans de suivi. Au bout de trois ans, souvent les médecins ont changé, parce qu'ils suivent une formation dans divers services... mais le *case manager* demeure une personne de référence, qui fait le lien avec la famille, soutient et engage le patient, s'il ne vient pas, va le chercher, etc. Bien sûr les patients combinent leurs soins avec les médecins mais c'est le *case manager* qui permet l'engagement dans le suivi. Mais je rentre déjà dans la description du programme...

**JO.** *Et bien poursuivons : il faudrait nous dire... l'équipe dont tu viens de parler avec cinq case managers, combien a-t-elle de médecins, combien d'infirmiers... ?*

**PC.** ... Il y a 5 équivalents plein temps de *case managers* partagés par 8 personnes, un médecin cadre à mi-temps, trois chefs de clinique qui, chacun, donnent à peu près 20 % de leur temps l'équivalent de deux mi-temps de médecin assistant. Ces temps sont intégrés dans l'effectif de la consultation ambulatoire.

Ensuite, ce n'est pas, non plus, une science si complexe que cela, il faut être optimiste et quand même, donner l'envie au patient de se soigner, avec l'idée qu'il pourrait même s'en sortir. Tu vois, ici on n'est pas dans la gestion de la chronicité, c'est vraiment un état d'esprit : si les patients ne viennent pas, on peut pas attendre

et dire « ah, il est pas venu », on va les voir... On leur dit : « on s'inquiète pour toi, et puis on vient te voir... ».

Il faut aussi, accepter, et être capable de s'occuper des problèmes qui ne sont pas psychiatriques. D'abord, on fait l'alliance sur des choses concrètes qui accrochent le patient. Si lui son problème premier, c'est d'avoir un logement, alors on s'occupe du logement. On parlera et s'occupera des symptômes, de manière secondaire. C'est un modèle disons, de rétablissement... avec des stratégies assez standards. Donc on forme ces *case managers* à ce genre de choses, en respectant les étapes qui existent dans un manuel qu'on a travaillé avec l'expérience de l'ensemble. On a aussi des outils d'information, qu'on a rendus un peu attractifs pour les jeunes, pour parler des symptômes d'une manière qu'ils peuvent recevoir. Il s'agit surtout au début de beaucoup d'engagement et d'énergie... et puis après on va un peu plus loin... pour certains c'est une approche cognitive ou comportementale, pour d'autres c'est une approche plutôt psychodynamique, pour d'autres systémique... Lucia Valmaggia, présidente de l'association internationale de la psychose débutante, l'IEPA (International Early Psychosis Association) rappelait la semaine dernière ces éléments essentiels : la mobilité et puis le travail avec les familles. C'est vraiment super important d'engager les familles, pour qu'ensuite les patients puissent adhérer aux propositions de soin. On a des groupes d'informations sur la famille. Et puis nos *case managers*, qui peuvent se déplacer, peuvent aller les voir... Ils ont beaucoup de liens avec la famille, pour les soutenir et travailler avec eux, leur faire comprendre ce qui se passe, etc.

**JO.** *Dans la littérature, les Américains, par exemple, dans le programme Raise<sup>3</sup> ils ont mis au point Navigate, un module de prise en charge assez spécifique. Je n'ai pas vu en détail le programme, mais quand on regarde les expériences relatées dans la littérature, on voit que finalement, ce qui compte, ce n'est pas tellement d'avoir des choses très spécifiques, mais plutôt l'engagement... une manière d'être... qui permet de réduire le temps de prise en soins, et puis d'être intensif. C'est un peu ce que vous défendez.*

**PC.** Absolument. Et puis après, bien sûr, il y a la médication... Il faut adapter les directives. Les Américains ont commencé. Mais ce qui soigne les gens, c'est d'abord un engagement, altruiste, et donc adaptable. Après on appelle ça comme on veut. Faudra voir si ça marche, je ne sais pas, avec leur système de soins... Ici, on a des *case managers* très dévoués. On a un taux de désengagement dans le soin qui est très bas. Parfois, il y en a qui repartent dans leur pays, ou ce genre de choses, mais ceux qui sont là, qu'on devrait pouvoir soigner, il y en a très peu qui échappent au suivi. Les *case managers* expliquent les traitements médicamenteux, et puis ils discutent avec eux des problèmes, de ce que c'est qu'une rechute... L'ensemble est pris dans une approche coordonnée. Par exemple, on a un hôpital de jour privé, avec lequel on collabore, parce que parfois, ces patients ont besoin d'une journée structurée. On utilise aussi un module de soutien à l'emploi pour essayer de les ramener vers l'emploi le plus vite possible.

**SP.** *Tu peux nous dire quelle profession d'origine ont les case managers, dont tu parles ?*

**PC.** Ce sont en grande majorité des infirmiers en psychiatrie, qui ont fait au moins deux ou trois ans d'infirmier hospitalier et puis une expérience en ambulatoire, donc des gens qui savent à la fois vraiment bien ce que sont la psychopathologie et la psychose, et puis qui ont aussi prouvé qu'ils prennent des responsabilités de suivi. Ils ont donc au moins quatre ou cinq ans de formation. On a eu aussi une assistante sociale mais qui avait fait une formation en thérapie systémique avant, et qui travaillait en ambulatoire depuis longtemps. Au fond, c'est quelqu'un qui savait très bien engager le patient. Elle s'est formée pour vraiment être pointue sur les diagnostics. On pourrait envisager de prendre des psychologues... si on

<sup>3</sup> Recovery after an initial schizophrenia episode.

avait des psychologues bien formés à la clinique de terrain. . . Après ils coûtent plus cher que des infirmiers. C'est une question assez pragmatique, mais je pense que ce serait bien aussi avec des psychologues. En tout cas les infirmiers sont très mobiles, très engagés. . .

#### *Quels patients trouve-t-on dans ces dispositifs ?*

**PC.** On a, en gros, 50 nouveaux cas par année. C'est une file active d'à peu près 120 à 150 patients que se partagent ces *case managers*. Si on fait le calcul, ça doit donner au maximum 30 situations par équivalent temps plein de *case managers*. Ce sont tous des patients qui entre 18 et 35 ans et qui présentent des symptômes positifs. Je pense qu'il faudrait inclure les 15-25 ans ou les 15-35 ans, c'est mieux, mais on doit encore convaincre les pédopsychiatres. On inclut donc tout patient, entre 18 et 35 ans, qui présente des symptômes positifs constitués. On utilise une échelle pour vraiment valider que les symptômes positifs sont suffisamment fréquents pour poser un diagnostic. Ce ne sont donc pas des symptômes atténués. Et puis il faut qu'ils aient eu au maximum six mois de traitement, pas question pour nous de prendre en charge des gens qui étaient traités depuis une année par quelqu'un qui les suit. La plupart du temps, ils ont vu un généraliste qui parfois leur a donné un petit peu de Risperdal, des choses comme ça. Donc ce sont des gens qui n'ont pas encore été traités.

#### *Donc ayant eu moins de six mois de traitement. . .*

**PC.** Qu'ils aient pris des substances ou pas, ce n'est pas un obstacle, excepté si c'est clairement une psychose pharmacodépendante. . . là c'est autre chose. On prend aussi bien des psychoses affectives ; qu'il s'agisse d'un premier épisode maniaque avec symptômes psychotiques, ou d'un premier épisode dépressif avec syndrome psychotique aussi. . . Cela nous concerne, parce qu'on considère que la psychose est un phénomène qui est suffisamment compliqué pour qu'on ne s'en rende pas forcément compte, qu'on ne soit pas motivé aux soins. . . Ces patients ont un peu les mêmes potentiels d'évolution défavorable, et puis surtout les mêmes risques de ne pas s'engager. Enfin, on ne s'occupe pas des patients qui ont un déficit intellectuel, les autistes, parce que là on a un autre programme qui s'en occupe, avec quand même d'autres enjeux et d'autres stratégies. Bon c'est super classique comme définition, celle du programme type « premier épisode de psychose ».

#### *Donc, tout nouveau cas de psychose avec un syndrome positif. C'est une définition un peu restrictive. Quand ça démarre plus tôt, on voit plus souvent des symptômes négatifs. . .*

**PC.** Il y a aussi ceux qui viennent avec un trouble schizotypique ou des symptômes atténués, qui sont pris dans un nouveau module qu'on a maintenant spécifié pour les prodromes, les cas dits « à haut risque ». On leur fait passer une échelle particulière SPI.A<sup>4</sup> qui permet de reconnaître certains types de symptômes atténués. Et un certain nombre de ces symptômes, repérés dans cette échelle, ont prouvé qu'ils étaient vraiment marqueurs d'un risque élevé de développer une psychose à terme. (C'est la suite de l'échelle de Francfort, présentée par Klosterkötter, introduite ici par Pierre Bovet) Il y a donc ceux qui remplissent ces critères, ou encore ceux de la CAARMS<sup>5</sup> (ou la SIPS<sup>6</sup>) – échelle introduite et utilisée par Yung, Mc Gorry et Mc Glashan montrant les symptômes atténués, et un haut risque proximal, à 6 mois : hallucinations un peu fugaces etc. et ceux dont on repère avec la SPI.A un risque plus « distal » (12 mois). Quand ces profils ont été évalués ils sont pris en charge chez nous, en suivi, ou en collaboration avec un psychiatre installé. On les

<sup>4</sup> Schizophrenia Proneness Instrument-Adult.

<sup>5</sup> Comprehensive Assessment of At-Risk Mental States.

<sup>6</sup> Structured Interview for Prodromal Syndromes.

suit, et on les réévalue également. Si vous connaissez un petit peu cette littérature sur les patients à « haut risque » ou à « ultra haut risque », on voit qu'ils ne vont pas tous vers une psychose. Il y en a à peu près un tiers. Ces patients ont quand même un profil de problème, un déficit de fonctionnement etc. et même si ça ne va pas jusqu'à développer une psychose, ils ont quand même besoin d'aide, de soins attentifs. En principe pas de médicaments, éventuellement selon l'intensité des symptômes, s'ils ont des éléments dépressifs ils prennent des antidépresseurs, voire des neuroleptiques, selon l'intensité de leurs symptômes atténués. L'idée, à ce stade, est de tenter de protéger les neurones.

**JO.** *Il y a aussi question des doubles diagnostics. En particulier des abus de substances. . . Est-ce qu'ils font l'objet de protocoles particuliers, est-ce qu'ils ont. . . est-ce que vous êtes en lien avec des services d'addiction ?*

**PC.** Tout à fait. Le service d'addiction a aussi une équipe mobile d'addiction. Si vraiment on a l'impression que l'addiction est vraiment au premier plan, surtout les consommateurs d'héroïne, qui ne sont pas très fréquents d'ailleurs, c'est plutôt cette équipe qui dirige le traitement. Mais sinon, on collabore avec eux, on a monté un programme autour du cannabis puisque c'est la majorité. On essaie de faire un entretien motivationnel, etc. Mais on les traite de manière intégrée dans le programme. C'est une problématique assez fréquente. Il y a une partie généraliste du traitement et si on a besoin de plus, on s'appuie sur le service d'addiction. Même chose pour l'abus d'alcool, avec le centre cantonal d'alcoolisme qui est dans les mêmes locaux que le service ambulatoire. Le lien est fait par les *case managers* au même titre que pour d'autres problèmes physiques, somatiques... y compris en faisant le lien avec les généralistes.

**Décrivons-nous le travail précis de ces case managers.**

**PC.** Dès qu'un patient nous est signalé ou est identifié, ils doivent créer le lien très rapidement, que ce soit chez un médecin généraliste, ou aux urgences, ou dans une unité hospitalière si le patient est arrivé par l'hôpital. Dès le premier jour, ils font le lien et sont, dès lors, identifiés comme référent pour ce nouveau patient. Après on attribue un médecin. Chaque *case manager* a pour mission de voir jusqu'à deux fois par semaine à domicile les patients. Si cela dépasse ces besoins-là, on fait appel à l'équipe des suivis intensifs dans le milieu, parce qu'ils ne peuvent pas se libérer plus que ça. Et puis le but, après un début à domicile, est de les ramener vers des soins standards ambulatoires, parce que ces *case managers* ne peuvent pas courir dans la ville tout le temps. Ils ont ces disponibilités d'aller les voir de les engager, les motiver pour des soins, de les informer sur les traitements, faire le lien avec la famille ; ils sont vraiment un pôle de confiance pour le patient. Le projet sur trois ans considère la première année comme une phase d'engagement (1 sur 5 seulement vient spontanément), avec la prise de conscience de ce qui se passe, le lien avec la famille. La deuxième année on peut entrer dans une exploration plus fine de la crise, entamer un vrai travail psychothérapeutique. La troisième année serait une phase intermédiaire vers l'émancipation... Mais c'est la phase d'engagement qui demande le plus d'efforts, une flexibilité, disponibilité avec une mobilité que d'autres services n'ont pas. Le plus compliqué souvent est l'arrivée aux urgences de cas décompensés qui ont été pris en charge seulement par psychothérapie dans des cabinets privés. . . qui ne peuvent pas mettre en œuvre ce type de stratégie thérapeutique. . .

**JO.** *Et au bout des trois ans prévus pour ce programme ?*

**PC.** Au bout des trois ans. . . là aussi j'ai des chiffres très précis que je pourrais donner, que je n'ai pas en tête. . . mais leur devenir peut être soit un arrêt simple, s'ils n'ont pas besoin de suivi ; soit ils sont adressés à un médecin généraliste ; soit ils sont adressés à un psychiatre en pratique privée, parce qu'ils ont à réfléchir à certains problèmes, parce qu'ils ont besoin d'un suivi ou qu'ils présentent une



pathologie qui s'est plutôt orientée vers quelque chose de durable ; soit enfin, les patients compliqués, restent dans notre dispositif institutionnel... parce qu'on se rend compte quand même... ce que dit un peu la littérature, c'est qu'il faudrait 5 ans de traitement. Trois ans c'est déjà plus long que dans bien des endroits. C'est une contrainte financière : si on avait plus de postes on pourrait les garder plus longtemps. Ils sont suivis alors au pôle ambulatoire Chauderon<sup>7</sup> dans l'unité pour troubles psychotiques ou celle pour troubles de l'humeur.

#### **JO.** *Quid des hospitalisations ?*

**PC.** C'est le troisième élément du programme : donc on a le *case management* pour trois ans avec un *case manager* et un médecin, on a le suivi Chauderon, troisièmement c'est l'hôpital. À l'hôpital, on a des unités de 15 lits à Cery, ce qui est beaucoup trop grand... Aujourd'hui, par exemple, je pense qu'on en a quatre ou cinq patients du programme psychose émergente qui sont dans le service. Pour améliorer la qualité du soin hospitalier, une des trois unités de la section s'est spécialisée dans la tranche 18-35 ans. Mais, parmi ces patients de moins de 35 ans il y en a qui ont déjà 20 ans de maladie derrière eux ; au moins, il y a une espèce d'unité d'âge, unité d'intérêt... Et puis on a formé un peu l'équipe hospitalière à l'abord de ces nouveaux cas. En principe ils ont des liens assez proches avec l'équipe *case managers*. Ils sont sous la même direction médicale. Et puis, il y a à peu près 25 % des patients qui ne mettent pas les pieds à l'hôpital du tout. Pour la médiane de ce groupe : il y a moins d'une hospitalisation. En gros, il y a quelques patients qui ont plus d'une ou deux hospitalisations...

#### **J.O.** *Sur toute la période ???*

**PC.** Sur les 3 ans la médiane est à 0,7 hospitalisations : la grande majorité vient une seule fois. Il y en a qui ont deux ou trois hospitalisations... Et puis il y en a en queue de peloton, deux ou trois qui ont 10 admissions... Voilà il y a des patients comme ça. Donc c'est très peu. On a très peu besoin d'hôpital au fond.

*Même sans chiffrage précis (qui peut être présenté dans un autre article), on aimerait poursuivre l'écoute de ton récit sur la prise en charge spécifique de ces nouveaux patients, jeunes présentant un premier épisode de troubles psychotiques...*

**PC.** ...Quand ils sont engagés, ils sont tranquilisés et généralement tout va mieux. Si cela ne suffit pas, il y a l'équipe de soins intensifs qui intervient et va les voir deux fois par jour... Les soins intensifs, c'est quand même un élément assez utile. On a fait un article sur ça : à peu près un tiers des patients ont à faire, à un moment ou à un autre à cette équipe de soins intensifs. Certains sont pris en charge durablement par cette équipe parce qu'on n'arrive pas à stabiliser suffisamment les troubles. Parfois, ils font deux ans avec l'équipe des soins intensifs, avant de pouvoir être transmis aux *case managers*. Donc on vient d'essayer de négocier avec Charles Bonsack pour modifier le protocole, parce qu'il semblait quand même un peu dommage pour certains de passer deux ans en suivi intensif, et ensuite de n'avoir plus qu'une année au programme de *case management* dans le milieu. C'est aussi une question de ressources... Alors ce qu'on a négocié, c'est que tous les patients ont droit à, au moins, à deux ans, quelle que soit la durée de la prise en charge intensive (ou hospitalisation). Si ces soins dépassent une année, alors, après, on leur donne quand même deux ans de suivi actif.

On voit d'autres exemples : le programme OPUS, au Danemark – eux ils sont riches –, ils proposent un *case management* intensif pour tous. Personnellement, je pense que ce n'est pas utile ; tous n'ont pas besoin de suivi aussi intensif, même s'il y a effectivement 30 % des patients qui en ont besoin.

<sup>7</sup> Du nom du quartier d'implantation à Lausanne.

*Des précisions sur la fréquence du suivi intensif, deux fois par semaine ?*

**PC.** Le suivi intensif, c'est jusqu'à deux fois par jour. Le suivi standard, peut comporter au maximum deux séquences par semaine à domicile, mais c'est plutôt au début pour permettre un engagement réciproque ; ensuite, ils les voient une fois par semaine, et puis après une fois par mois quelque chose comme ça...

*Les soins intensifs, remplacent une hospitalisation ?*

**PC.** Oui. C'est vraiment une alternative efficace à l'hospitalisation.

*Qu'y a-t-il d'original dans le programme, dit standard, tel que vous l'avez conçu et pratiqué par rapport à ce qui est fait dans d'autres villes, d'autres pays ?*

**PC.** Une qualité originale réside dans la construction d'évaluations au sein du suivi... On met parfois les *case manager* sous une charge assez considérable... Ils doivent remplir pas mal de documents pour analyser les cas et leur évolution... d'abord c'est un bon soutien, affinant leur connaissance des patients, une sorte de module d'observation : abus de substances, depuis quand etc., histoire familiale, de maladie, exposition à des traumatismes (il y a une prévalence très élevée de traumatismes). On doit aussi faire attention : mettre des croix dans des cases, c'est quand même le sujet qu'on est tenté d'évacuer, ce n'est pas facile de parler de ce genre de choses. Mais en fait, j'ai rarement vu des cliniciens qui connaissent aussi bien leurs patients. Ils ont six mois pour le faire. Ces questionnaires génèrent aussi des données pour savoir qui on traite, dans l'idée de pouvoir évaluer le profil des patients, et puis voir si on a des sous-groupes de patients qui ont des besoins particuliers. Il y a toujours cette idée de faire de la recherche clinique pour voir si ça marche. Ensuite, tous les six mois ils font une sorte de coupe transversale. C'est un questionnaire qui leur prend un quart d'heure. Les patients viennent indépendamment, pour y répondre : quelle est l'intensité des symptômes, est-ce qu'ils prennent encore des drogues... Enfin, on a recruté une psychologue qui fait en principe une évaluation sur échelle, pour qu'on ait quand même quelque chose d'un petit peu médicalisé comme évaluation...

*Une psychologue qui n'est pas dans le soin ?*

**PC.** Oui. Avec comme but de baliser, d'objectiver un petit peu l'évolution clinique... Après six mois on fait le bilan. Parce qu'il y a plein de choses comme par exemple, le contact avec la famille, contact avec les anciens médecins soignants... On a cette liste et puis on présente chaque cas, « ok, est-ce qu'on a fait ça ? Il faut voir les parents ? Est-ce qu'on leur a dit de venir au groupe familial ? Oui ? Non ? Ben il faut qu'ils viennent » . Des sortes de checklists pour un peu contrôler ce qu'on fait... parce qu'on a plein d'outils et on sait que ça marche... on sait aussi que c'est difficile de parler avec les familles... Par exemple, on n'a pas pu entrer en contact avec la famille... Qu'est-ce qu'on pourrait faire pour vraiment entrer en contact ? Ces listes permettent de mieux structurer la prise en charge... de mettre de l'ordre dans le suivi en permettant que les divers soignants connaissent bien les gens qu'ils suivent. Le deuxième but est celui des recherches ; ces documents génèrent beaucoup de données... on a pu ainsi identifier des profils de patients... Et ceci nous a facilité une connexion avec le centre de neurosciences qui s'est installé sur l'hôpital de Cery il y a quelques années<sup>8</sup> pour faire toutes sortes de recherches sur cette cohorte...

Maintenant, je suis plutôt présent dans la recherche et plus trop dans la clinique

<sup>8</sup> Voir : Parizot S, Conus P. À la rencontre de Pierre Magistretti. *L'Information Psychiatrique* 2010 ; 86 : 6.

*Nous te proposons de publier une prochaine fois (ou plutôt de te laisser nous faire un article précis) tout ce que tu viens de nous raconter sur l'actualité de ces recherches dans ce centre de recherches neuroscientifique installé au cœur de l'hôpital psychiatrique de Cery. . .*

**PC.** Oui, en précisant que nous sommes très fiers de son originalité et de la valeur unique au monde en termes de recherche translationnelle. Pour nous, ce qui est moteur, c'est non seulement le fait très important de la proximité géographique mais aussi celui de la proximité humaine avec une organisation permettant qu'il y ait des gens qui sont à mi-temps d'un côté et de l'autre, ça c'est super important. . . La volonté de ce SSR, initié par Magistretti, et ça a marché, était de faire émerger une génération de psychiatres qui ont un pied dans les deux camps. Mais aussi de montrer que les translations de recherches sont possibles. Des trouvailles biologiques de laboratoire peuvent être explorées chez l'humain, et à l'inverse on peut observer des choses chez l'homme, ramener l'observation et aller voir chez la souris si on trouve la même chose.

*Merci pour cette longue conversation dont nous publions aujourd'hui, seulement, la partie qui concerne le cœur de la prise en charge clinique, avec ton insistance sur le travail des case managers. Tu feras sûrement d'autres publications dans notre série qui évoqueront d'autres pistes discutées dans cette rencontre : les liens (ou notre regret commun des clivages ..) avec la pédopsychiatrie. . . Les différences dans les systèmes pour la santé mentale, déjà dans ton petit pays, à travers le monde qui ont permis ou pas la construction d'une ligne de soins spécifiques. . . L'histoire même de ce mouvement international emportée par les convictions et l'énergie de quelques personnalités, dont la première est celle de Patrick Mc Gorry inlassable partisan depuis 1996 d'un travail en direction des jeunes patients subissant les aléas d'un envahissement psychotique. Mc Gorry eut aussi l'intelligence de se lier avec l'anglais Max Birchwood, puis avec d'autres, pour en faire à la fois un véritable mouvement scientifique et de politique de santé publique, aux USA, au Danemark, en Norvège, en Allemagne. . .*

*Nous nous associons pleinement à ton désir de créer une section francophone au sein de ce mouvement « International Early Psychosis Association » (prochain congrès à Boston en 2018) et comptons que la Société de l'Information Psychiatrique y occupe une place déterminante.*