

Premier traitement pour une psychose : quels défis et quels enjeux ?

Philippe Conus

Centre hospitalier universitaire vaudois
Programme TIPP (traitement
et interventions dans la phase précoce
des troubles psychotiques),
Service de psychiatrie générale,
Département de psychiatrie,
Université de Lausanne, Suisse
Site de Cery, CH-1008 Prilly

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

Résumé. Le traitement des patients présentant un premier épisode de psychose confronte les cliniciens à de multiples défis. Parmi ceux-ci, deux principaux émergent dans pratiquement tous les cas : le déni de la maladie et le désengagement des soins. Ces deux éléments peuvent avoir des conséquences graves si l'on considère que la psychose émerge dans la très grande majorité des cas à l'adolescence ou au début de l'âge adulte, période au cours de laquelle se définissent plusieurs des grandes lignes de la trajectoire existentielle.

Dans cet article, il sera question, sur la base de ce qui a été mis en place dans le programme TIPP à Lausanne, des diverses stratégies qui permettent de contourner ces obstacles et de faciliter à la fois l'engagement dans les soins et le développement de l'insight. Ce dernier point est un aspect délicat du traitement dans le cadre duquel il s'agit d'accompagner le patient dans la construction d'une nouvelle identité sociale qui intègre l'épisode de psychose de manière constructive tout en évitant qu'elle ne le conduise au phénomène d'auto-stigmatisation qui nuirait à son rétablissement. Le développement de l'insight est ainsi un processus thérapeutique plutôt qu'un but en soi.

Mots clés : premier épisode, psychose, insight, engagement, intégration

Abstract. Initial treatment for first episode psychosis: what are the challenges and what are the issues? When treating a patient with a first episode of psychosis, clinicians face multiple challenges. Among them, two main challenges emerge in almost every case: denial of the illness and disengagement from treatment. These two elements may have major consequences considering the fact that psychosis usually emerges at the end of adolescence or at the beginning of adulthood, a phase of life where one defines the main elements of a life trajectory.

In this paper, we will discuss the various strategies developed in the Treatment and Early Intervention in Psychotic Disorders Program (TIPP) in Lausanne, to overcome these obstacles and facilitate engagement and the development of insight. This last point is a very delicate aspect of treatment during which the objective is to help the patient to build a new social identity integrating the psychotic episode in a constructive manner, while avoiding the emergence of self-stigmatization that would have a negative impact on the recovery process. As such, the development of insight is a therapeutic process rather than an aim in itself.

Key words: first episode, psychosis, insight, engagement, integration

Resumen. Primer tratamiento para una psicosis: ¿qué desafíos hay y qué es lo que se juega ahí? El tratamiento de los pacientes con un primer episodio de psicosis enfrenta a los médicos clínicos con múltiples desafíos. Entre ellos dos principales destacan en prácticamente todos los casos: denegar la enfermedad y olvidarse de los cuidados. Estos dos elementos pueden conllevar consecuencias graves si se considera que la psicosis emerge en la gran mayoría de los casos en la adolescencia o al principio de la edad adulta, período en el transcurso del cual se definen varias de las directrices de la trayectoria existencial.

En este artículo, se tratará sobre la base de lo que ha sido evidenciado en el programa TIPP en Lausanne, las diferentes estrategias que permiten sortear esos obstáculos y facilitar a la vez la reincorporación en los cuidados y el desarrollo del insight. Este último punto es un aspecto sensible del tratamiento en cuyo marco se trata de acompañar al paciente en la construcción de una nueva identidad social que integra el episodio de psicosis de modo constructivo a la vez que se cuida mucho de que no lo conduzca al fenómeno de auto-estigmatización que perjudicaría su recuperación. El desarrollo del insight también es un proceso terapéutico antes que un fin en sí.

Palabras claves: primer episodio, psicosis, insight, compromiso ;integración

Introduction

Au cours des 30 dernières années, des programmes spécialisés dans le traitement de la phase précoce des

psychoses ont été mis en place dans de nombreux pays. Leur impact favorable sur l'évolution des patients est maintenant clairement établi et le taux de satisfaction à leur égard de la part des patients et de leurs proches est très élevé. Ils améliorent l'engagement dans les soins de manière considérable et permettent de diminuer la durée de psychose non-traitée dont l'impact négatif sur l'évolution des patients

Correspondance : P. Conus
<philippe.conus@chuv.ch>

est très solidement démontré. La logique, sinon le bon sens, voudraient donc qu'ils se généralisent et fassent partie des directives de bonne pratique clinique dans le traitement de la psychose ; cependant, la volonté politique à cet égard varie encore selon les pays et les contextes, même si ce mouvement de réforme semble s'étendre de manière de plus en plus marquée. L'expérience montre que les cliniciens qui travaillent dans ce type de programme sont confrontés à de nombreux défis qui justifient une solide formation spécialisée. Dans cet article, nous parlerons des deux défis cliniques principaux, le déni de la maladie et la difficulté à engager les patients dans les soins, qui nous semblent les plus fréquemment rencontrés au moment d'un premier épisode de psychose et nous évoquerons les stratégies qui permettent de contourner, du moins en partie, ces obstacles.

Impact du premier épisode psychotique

Mais avant de parler de stratégies de prise en charge lors d'un premier épisode de psychose, il est important de rappeler quel peut être l'impact d'un tel événement. Cet impact est grandement déterminé par l'âge auquel ce premier épisode se développe. À cet égard, la littérature montre que si 10 % des premiers épisodes se développent avant 18 ans et 20 % après 35 ans, la très grande majorité des premiers épisodes se développe dans la tranche d'âge de 18 à 35 ans. Il en va de même pour les premiers épisodes de troubles bipolaires qui se développent également à la fin de l'adolescence ou au début de l'âge adulte.

Les premiers épisodes de psychose touchent ainsi des personnes jeunes qui se trouvent dans cette phase de vie particulièrement importante pour la définition d'une trajectoire future. La survenue d'un premier épisode de psychose peut alors constituer une cassure majeure dans la trajectoire existentielle et bloquer le développement de la personnalité et du réseau social, enjeux particulièrement critiques dans cette phase de vie. Il est vrai que l'adolescence est une phase au cours de laquelle le sujet développe non seulement son identité et son individualité, mais où se joue également l'émancipation de la famille tout en cherchant à préserver des liens avec les parents, l'établissement d'un réseau social, les premières expériences de relations intimes, la finalisation de l'éducation scolaire et le choix d'une trajectoire professionnelle. La présence de troubles psychiques, même modérés, dans cette phase de la vie, peut donc avoir un impact majeur dans plusieurs domaines et limiter le potentiel de développement de la personne à plusieurs égards. De plus, en cas de troubles plus importants et persistants, certains risques émergent tels que la survenue d'une invalidité durable, d'une exclusion sociale voire du suicide.

D'autres facteurs liés au jeune âge des patients complexifient la mise en route d'un traitement adéquat. Il est par exemple fréquent que les patients présentent une comorbidité d'abus de substance, qui complique aussi bien le tableau clinique que l'adhérence aux soins. De plus, ils ont peu d'expérience de système de soins et ont fréquem-

ment des préjugés négatifs à l'égard de la maladie mentale et craignent donc aussi bien l'hospitalisation que l'entrée dans le monde des soins psychiatriques. D'autre part, ces jeunes patients ont souvent la conviction d'un certain degré d'invulnérabilité qui rend difficile l'acceptation d'une aide et de soins, même s'ils sont nécessaires. Ils ont également tendance à utiliser le déni comme stratégie pour faire face, et à rejeter les soins dans un mouvement de volonté d'indépendance et d'émancipation qui entre en conflit avec le fait que les soignants puissent vouloir se mêler de leur vie.

La survenue d'un premier épisode de psychose interfère donc de manière majeure avec les enjeux de l'adolescence et du début de la vie adulte. De plus, sa survenue implique une perte de phase avec les pères, un sentiment d'isolement social, de démoralisation et finalement une perte d'espoir de pouvoir développer une vie qui vaille la peine. Dans ce contexte, deux réactions, le désengagement des soins et le déni de la maladie, sont extrêmement fréquentes chez ces patients, et nous discuterons ci-dessous des moyens de faire face aux défis qu'elles constituent pour les soignants.

Un premier défi : engager le patient dans les soins

Une étude conduite à Lausanne en l'an 2000 visait à évaluer le devenir des patients hospitalisés pour une première fois pour une psychose à l'hôpital de Cery à Lausanne [1]. Outre l'observation d'une longue durée de maladie avant l'arrivée à l'hôpital (durée de psychose non traitée), de la présence fréquente de comorbidité d'abus de substances (présente dans 50 % des cas), d'antécédents fréquents de tentatives de suicide (chez 14 % des patients), d'un haut taux de désinsertion sociale au moment de l'admission et de relations familiales gravement altérées, nous avons été frappés par le taux extrêmement élevé de désengagement des soins après la sortie de l'hôpital. En effet, moins de 50 % des patients se rendaient au premier rendez-vous fixé dans nos polycliniques, et nombre de ceux qui s'y rendaient rompaient le suivi après un ou deux entretiens seulement. Ces données nous ont convaincus de la nécessité de repenser l'organisation des soins proposés à ces patients et de l'urgence du développement d'une stratégie visant à favoriser leur engagement dans les soins. Cette stratégie se décline selon trois axes : 1) une meilleure organisation des soins ; 2) la formation des cliniciens aux techniques d'engagement dans les soins ; et 3) l'identification des facteurs de risques de rupture de suivi et la mise en place de stratégie pour y faire face. Nous développerons brièvement ces 3 points ci-dessous.

Organisation des soins

En 2004, nous avons pu mettre sur pied le programme de traitement et d'intervention dans la phase précoce des troubles psychotiques (TIPP) qui repose sur 3 éléments

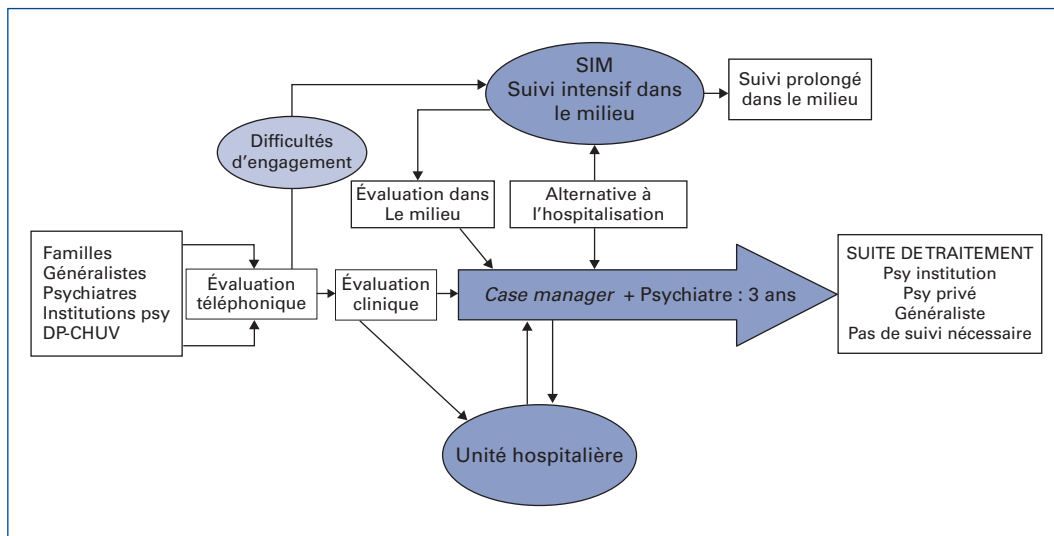


Figure 1. Organisation du programme TIPP.

décrits dans un présent article dans ce même journal (voir *figure 1*) [2, 3]. L'organisation des soins autour d'une équipe de *case managers*, infirmiers qui assurent la continuité des soins tout au long de la prise en charge, en collaboration avec un psychiatre, et en appliquant les principes du *case management* proactif (aller chercher le patient là où il se trouve), ont permis de renforcer l'adhérence aux soins. Cette équipe s'appuie également sur une équipe de suivi intensif dans le milieu qui peut intervenir en cas de situation de crise ou pour engager les patients particulièrement réfractaires au soin [4]. Enfin, en cas de nécessité, une hospitalisation, souvent brève, peut être effectuée dans une des unités hospitalières partiellement spécialisées à cet effet.

Favoriser l'engagement des patients

Outre l'organisation des soins, la formation des cliniciens et en particulier des *case managers*, à l'approche de la problématique de la psychose débutante, permet de développer des compétences à faire émerger l'alliance qui elles aussi ont un impact majeur sur l'engagement des patients (voir *tableau 1*) [5]. Outre le fait de garantir la continuité des soins et d'éviter les changements d'intervenants en cours de prise en charge, il est important d'adapter l'intervention au stade de conceptualisation du patient et de se donner le temps pour créer cette alliance. On explore ainsi les expériences préalables de traitement afin de donner du sens à des événements qui pourraient avoir été perçus comme traumatisants (admission sous contrainte par exemple), et surtout on prend le temps de comprendre la personne dans son ensemble plutôt que de ne se focaliser que sur ses symptômes. Il faut aussi explorer non seulement les difficultés du patient, mais également ses ressources, ses projets et les rêves qui pourraient le motiver à aller de l'avant afin qu'il puisse se raccrocher à des valences positives. On définit ensuite les cibles prioritaires du traitement en accord avec le patient, de manière à s'en faire un allié en résolvant les problèmes qui

Tableau 1. Stratégies cliniques pour favoriser l'engagement des patients dans les soins.

- Garantir la continuité des soins
- Adapter l'intervention au stade de conceptualisation 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
- Identifier les priorités telles que définies par le patient
- Comprendre le modèle explicatif du patient
- Soutenir l'optimisme réaliste
- Être 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

lui tiennent le plus à cœur, même s'ils ne sont pas liés directement à la pathologie elle-même. L'exploration minutieuse du modèle que le patient retient pour expliquer ses troubles permet de progressivement suggérer des alternatives de compréhension et ainsi de l'aider à sortir d'une lecture délirante de sa situation par exemple. Il est important enfin de transmettre un certain degré d'optimisme et d'ambition à l'égard de l'évolution possible de la situation, tout en restant réaliste face à la gravité de celle-ci ; le partenariat avec le patient peut ainsi de construire sur la volonté de s'en sortir et sur la conviction qu'il est possible de se rétablir, plutôt que de s'engager sur une voie plus terne de gestion d'un handicap que l'on considérerait comme inévitable.

Néanmoins, le défi de l'engagement des patients est de taille et les *case managers* doivent être préparés à faire face à des ruptures, considérant que l'engagement est un processus progressif qui demande de la persévérance. Cet

engagement ne se fait ainsi pas sans une certaine authenticité dans la relation, et il est ainsi important de se laisser toucher par l'histoire du patient même si la distance thérapeutique ne doit pas être abolie.

Identification des facteurs de risques de rupture de suivi et la mise en place de stratégie pour y faire face

Une étude conduite sur un échantillon de près de 700 patients ayant présenté un premier épisode de psychose traités à Melbourne dans un programme spécialisé (Eppic) nous a permis d'identifier les facteurs associés à un risque accru de rompre le traitement sur une période de 18 mois [6]. Parmi les 23 % des patients qui interrompaient le suivi avant 18 mois, 4 facteurs prédictifs ressortaient de notre étude :

- le premier était la présence d'un passé judiciaire. Les jeunes patients qui au moment de leur entrée dans le programme avaient déjà eu affaire à la justice présentaient ainsi un risque significativement accru de rompre le suivi. Ceci pourrait s'expliquer par le fait que ce type d'expérience peut générer chez ces patients un certain degré d'aversion pour toute forme d'autorité ou d'institution. Il est donc important de s'informer sur cette caractéristique pour, le cas échéant, s'assurer de bien clarifier avec le patient que la différence soit faite entre sanction et soins. De plus, une attention particulière doit être portée au développement d'une relation de confiance avec ces patients ;

- le deuxième facteur de risque de rupture de suivi était lié au fait d'avoir un niveau de fonctionnement relativement préservé au moment de l'entrée dans le programme. Même si cette caractéristique peut sembler contrintuitive, il est vrai que les patients ne présentant pas une perturbation trop grave de leur fonctionnement suscitent moins d'inquiétude chez les cliniciens qui sont ainsi probablement moins vigilants à l'espacement des rendez-vous puis à la rupture de la prise en charge. Il est donc important de ne pas minimiser les dysfonctionnements des patients ni leurs besoins, même s'ils présentent un tableau clinique de gravité modérée, et chaque patient doit faire l'objet d'un suivi soutenu ;

- le fait d'avoir rompu toutes relations avec sa famille au moment de l'entrée dans le programme constitue le troisième facteur de risque de désengagement. Pour cette raison, et en phase avec une littérature fournie, nous avons mis sur pied dans notre programme des stratégies d'information à l'égard des familles et des proches des patients, et nous soutenons d'autre part très activement l'engagement des parents dans la prise en charge des patients. Dans les cas où les patients refusent que leurs parents soient impliqués, nous faisons de ce rejet un focus particulier de la thérapie de manière à pouvoir essayer de retisser progressivement des liens, sauf si le milieu familial semble particulièrement toxique, tant cette alliance peut s'avérer bénéfique dans l'évolution des patients ;

- enfin, le quatrième facteur de risque de désengagement est la persistance d'un abus de substance au cours du suivi. Il est bien connu que la persistance d'abus de substance

et en particuliers d'abus de cannabis, diminue considérablement les chances de réponse au traitement et conduit à un risque accru de persistance des symptômes positifs ; les données de cette étude montraient également que ce facteur conduisait à un risque plus élevé de désinvestissement des soins. Nous avons pour cette raison développé un programme d'information et de traitement de l'abus de substance et en particulier du cannabis de manière à faire face à ce problème [7].

La mise sur pied de ce programme, et en particulier d'une attitude proactive dans l'engagement des patients, a permis de réduire le taux de désengagement qui est actuellement d'environ 4 % sur l'entier de la durée de prise en charge de 3 ans. On voit ainsi qu'une organisation des soins particulière, une focalisation sur la problématique des patients présentant un premier épisode de psychose et la formation des *case managers* à une attitude proactive ont un bénéfice majeur sur le risque de désengagement.

Deuxième défi : favoriser le développement de l'insight, un processus thérapeutique

L'insight est l'un des héritages de la psychanalyse, domaine dans lequel ce terme se rapporte à un moment privilégié de prise de conscience par le patient de la problématique qui l'habite. Pour qu'il produise son effet comme facteur de progrès, l'insight doit donc être accompagné d'une élaboration par le patient, faute de quoi il ne permet pas de réel changement à long terme. Dans cette acception, l'insight suggère donc un rôle actif du patient. Dans le domaine de la psychose et de la schizophrénie en particulier, le concept d'insight a été utilisé de manière progressivement déformée et appauvrie, pour finalement ne plus se rapporter qu'à la prise de conscience du statut du malade et de la nécessité d'un traitement. Dans sa conceptualisation courante, l'insight dans la psychose est donc vu d'une manière relativement simpliste et réductionniste, le rôle du patient se limitant à accepter une lecture médicale et psychopathologique de sa situation. Il n'est du reste pas rare que le patient soit considéré comme dépourvu d'insight sur la simple base du fait qu'il ne partage pas la lecture qu'ont les cliniciens de la problématique qu'il présente.

Cette lecture de l'insight est à notre sens beaucoup trop réductrice, en particulier dans un contexte contemporain où l'on sait que l'insight est multidimensionnel et qu'il doit donc être évalué de manière plus fine. En effet, les acceptions actuelles de ce terme suggèrent d'évaluer non seulement la reconnaissance de la présence de symptômes, mais également la reconnaissance de la présence d'une maladie, la conceptualisation d'une étiologie, la perception de la vulnérabilité à la rechute et enfin la valorisation du traitement. L'insight à l'égard de chacune de ces dimensions est relativement indépendant, et un patient peut donc par exemple avoir un certain degré d'insight par rapport à la présence

de symptômes mais par contre refuser la nécessité d'un traitement.

Cette question de l'insight a beaucoup préoccupé les cliniciens, considérant l'importance démontrée de la médication dans la prévention de la rechute des patients. On prêche effectivement à la présence d'insight de multiples conséquences positives, comme par exemple la diminution du risque d'agir sur des idées délirantes, la facilitation de l'établissement d'une relation thérapeutique, l'amélioration des relations avec la famille (tant il est plus simple de côtoyer un proche malade s'il reconnaît lui-même la présence de cette maladie) voire même une meilleure adhérence au traitement médicamenteux. Les données à l'égard de ce dernier point sont cependant contrastées, puisque diverses études démontrent une corrélation modeste entre la présence d'insight et l'adhérence au traitement médicamenteux, alors que la présence d'une adhérence au traitement peut être observée également chez des patients qui n'ont aucun insight par rapport à leur maladie. Il faut cependant reconnaître que malgré ce flou, les études démontrent globalement que les patients développant un insight ont une meilleure évolution.

Pourtant il y a aussi des conséquences négatives au développement d'un insight. Si une absence totale d'insight nuit probablement au traitement, un certain degré d'absence d'insight semble faire partie de la norme. De plus, un certain degré de déni peut avoir un effet protecteur, en tout cas dans certaines phases de la maladie. Parfois, en corolaire, le développement d'un insight peut aggraver les choses en ajoutant de la souffrance à la maladie elle-même. En effet, les patients ayant un insight peuvent souffrir de la présence même de cette conscience de leur trouble et ainsi présenter un degré plus marqué de détresse, l'insight augmentant le risque d'auto-stigmatisation et d'identification à un rôle de malade d'évolution forcément chronique et défavorable. Mac Glashan *et al.* [8] ont ainsi observé que la survenue d'épisodes de dépression post-psychotique, qui se développent chez 25 % des patients, est significativement liée à la présence d'insight, et qu'elle est plus fréquente chez les patients qui tendent à un processus d'intégration de l'épisode que chez ceux qui utilisent le déni défensif.

Le développement de l'insight est donc un processus délicat et un cheminement sur lequel le patient doit être accompagné de manière adéquate. Une étude récente nous a montré qu'effectivement les patients qui développent un insight passent par une phase de dépression pour ensuite évoluer de manière plus positive que ceux qui n'en développent pas [9]. L'enjeu chez ces patients semble ainsi être la reconnaissance de la maladie, mais comme deuxième étape le développement d'une nouvelle identité sociale, ce qui ne va pas sans peine, même si une fois aboutie, cette démarche leur donne la chance d'une évolution plus favorable.

L'approche thérapeutique du déficit d'insight

Les objectifs du travail sur l'insight ne doivent donc pas se limiter à augmenter l'adhérence au traitement qui en fait ne

Tableau 2. Stratégies pour soutenir le développement de l'insight.

- Écouter le patient
- Entendre sa conception de ce qui lui arrive
- Définir des objectifs qui lui conviennent
- Ne pas directement remettre en question le déni
- Explorer/chercher à comprendre le contenu du délire
- Identifier les facteurs de crise
- Faire preuve de flexibilité
- Accepter l'insight partiel. . .
- Accepter les variations du degré d'insight
- Processus interactif de construction d'une compréhension de soi
- La phase d'exploration est elle-même une phase de psychothérapie
- L'insight n'est pas un but en soi : ce qui est un but c'est de prévenir les mises en danger et de viser à aider la patient à retrouver un équilibre qui lui convienne

devrait être qu'un effet secondaire possible d'une meilleure intégration de l'épisode par le patient. L'insight doit ainsi se construire dans le contexte d'une approche holistique de la personne, de ses aspirations et de ses besoins. Il s'agit au fond de viser le développement de moyens d'adaptation et de coping qui soient les moins coûteux possibles et de donner le choix au patient d'avancer à son rythme, pour autant qu'il ne se mette pas en danger. En effet, les enjeux sont de donner du sens à l'épisode et de restaurer un sentiment de contrôle sur soi. Lors d'un premier épisode de psychose, le patient fait face à un cataclysme et la réaction normale face à cette situation est le déni, ne serait-ce que pour faire face à un sentiment d'impuissance. Il s'agit donc de restaurer l'estime de soi d'un patient qui se sent en danger de perte d'identité et d'autodestruction, et dans un tel contexte il est primordial de faire en sorte de maintenir l'espoir et la combativité pour prévenir l'identification au rôle de malade chronique et informer le patient du potentiel de guérison qui est non négligeable en particulier dans un cas de premier épisode de psychose.

Les principes de base de l'aide au développement de l'insight (voir *tableau 2*) ressemblent à ceux appliqués pour l'engagement du patient. Il s'agit en effet d'écouter le patient, d'entendre sa conception de ce qui lui arrive et de définir avec lui des objectifs qui lui conviennent de manière à ce qu'il puisse reconstruire des domaines dans lesquels il se sent compétent et auxquels il pourra s'accrocher pour continuer son cheminement dans la connaissance de soi. Il ne faut donc pas remettre en question directement le déni mais plutôt explorer et chercher à comprendre le contenu du délire de manière à y lire la problématique plus intime que le patient n'est peut-être pas en mesure de révéler. Enfin, il est important d'identifier les facteurs de crise, afin de les résoudre ou d'aider la patiente à développer des moyens de mieux y faire face.

Le développement de l'insight est ainsi un processus interactif de construction d'une compréhension de soi, et la phase d'exploration en elle-même est une forme de psychothérapie. En effet, l'acceptation d'une lecture médicale de la situation n'est pas forcément le but ; ce qui est le but, c'est de prévenir les mises en danger et d'accompagner le patient sur le chemin de la recherche d'un équilibre qui lui convienne et qui se construise avec ses ressources. Les cliniciens doivent donc faire preuve de flexibilité et accepter que le patient ne développe parfois qu'un insight partiel.

Dans ce contexte, une information adéquate sur la maladie peut également être importante. Nous avons récemment développé un outil interactif et ludique sous forme de fiches qui présentent les divers aspects des symptômes, de la médication, du processus de rétablissement et de la problématique du cannabis. Cet outil est disponible également sous forme d'une application pour smartphone et tablettes et peut servir de support à une discussion plus informelle sur les éléments particuliers de la maladie [10].

Conclusion

Un premier épisode de psychose peut avoir un impact majeur sur la vie des patients du fait qu'il se développe habituellement dans la phase cruciale que constituent la fin de l'adolescence et le début de l'âge adulte. Dans ce contexte, le désengagement et le déni des troubles sont des réactions compréhensibles et fréquentes. L'engagement des patients peut être amélioré par le biais d'une meilleure organisation des services, par le développement de stratégies spécifiques d'engagement des patients et par la prévention des facteurs de risques de désengagement tels que l'abus de substances et la rupture de lien avec la famille. Si la présence d'insight est liée à une meilleure évolution, son développement est un processus qui doit être conduit avec délicatesse et en partenariat avec le patient. Une fois cette phase de déni

et de désengagement maîtrisée, plusieurs autres stratégies thérapeutiques spécifiques sont disponibles, en particulier dans le cadre de programmes spécialisés dont l'implantation est nécessaire si l'on veut améliorer les soins de ces patients dont le potentiel d'évolution favorable est considérable, pour autant qu'ils puissent bénéficier de soins adaptés à leurs besoins.

Liens d'intérêts L'auteur déclare ne pas avoir de lien d'intérêt en rapport avec cet article.

Références

1. Bonsack C, Pfister T, Conus P. Insertion dans les soins après une première hospitalisation dans un secteur pour une psychose. *Encéphale* 2006 ; 32 : 679-85.
2. Conus P, Polari A, Bonsack C. Intervention dans la phase précoce des troubles psychotiques : objectifs et organisation du programme TIPP (traitement et intervention dans la phase précoce des troubles psychotiques) à Lausanne. *L'Information Psychiatrique* 2010 ; 86 : 145-51.
3. Baumann PS, Crespi S, Marion-Veyron R, et al. Treatment and early intervention in psychosis program (TIPP-Lausanne) : Implementation of an early intervention programme for psychosis in Switzerland. *Early Interv Psychiatry* 2013 ; 7 : 322-8.
4. Alameda L, Golay P, Baumann P, et al. Assertive outreach for "difficult to engage" patients : A useful tool for a subgroup of patients in specialized early psychosis intervention programs. *Psychiatry Res* 2016 ; 239 : 212-9.
5. Macneil C, Hasty MK, Evans M, Redlich C, Berk M. The therapeutic alliance : is it necessary or sufficient to engender positive outcomes? *Acta Neuropsychiatrica* 2009 ; 2 : 95-8.
6. Conus P, Lambert M, Cotton SM, et al. Rate and predictors of service disengagement in an epidemiological first episode psychosis cohort. *Schizophrenia Research* 2010 ; 118 : 256-63.
7. Bonsack C, Gibellini S, Favrod J, et al. Motivational intervention to reduce cannabis use in young people with psychosis : a randomised controlled trial. *Psychotherapy and Psychosomatics* 2011 ; 80 : 287-97.
8. McGlashan TH. Recovery style from mental illness and long-term outcome. *J Nerv Ment Dis* 1987 ; 175 : 681-5.
9. Klaas HS, Clemence A, Marion-Veyron R, et al. Insight as a social identity process in the evolution of psychosocial functioning in the early phase of psychosis. *Psychological Medicine* 2017 ; 47 : 718-29.
10. Favrod J, Crespi S, Faust JM, et al. A psycho-education tool for patients with first-episode psychosis. *Acta Neuropsychiatrica* 2011 ; 23 : 75-7.