

« L'Étude de Suivi des Psychoses Émergentes de l'Université de Montréal (ÉSPÉUM) :
contexte, buts et méthodologie »

Luc Nicole, Amal Abdel-Baki, Alain Lesage, Béatrice Granger, Emmanuel Stip et Pierre
Lalonde

Santé mentale au Québec, vol. 32, n° 1, 2007, p. 317-331.

Pour citer ce document, utiliser l'information suivante :

URI: <http://id.erudit.org/iderudit/016523ar>

DOI: 10.7202/016523ar

Note : les règles d'écriture des références bibliographiques peuvent varier selon les différents domaines du savoir.

Ce document est protégé par la loi sur le droit d'auteur. L'utilisation des services d'Érudit (y compris la reproduction) est assujettie à sa politique d'utilisation que vous pouvez consulter à l'URI <https://apropos.erudit.org/fr/usagers/politique-dutilisation/>

Érudit est un consortium interuniversitaire sans but lucratif composé de l'Université de Montréal, l'Université Laval et l'Université du Québec à Montréal. Il a pour mission la promotion et la valorisation de la recherche. Érudit offre des services d'édition numérique de documents scientifiques depuis 1998.

Pour communiquer avec les responsables d'Érudit : info@erudit.org



L'Étude de Suivi des Psychoses Émergentes de l'Université de Montréal (ÉSPÉUM) : contexte, buts et méthodologie

Luc Nicole*

Amal Abdel-Baki**

Alain Lesage***

Béatrice Granger****

Emmanuel Stip*****

Pierre Lalonde*****

Dans cet article, les auteurs examinent les programmes et les services spécialisés dans le traitement et la réadaptation des personnes qui souffrent d'une psychose débutante. Les auteurs constatent que ces divers programmes se sont multipliés au cours de la dernière décennie et plusieurs ont démontré des bénéfices en comparaison des traitements habituels dispensés en psychiatrie générale. Ainsi, ces programmes sont constitués des éléments suivants : intervention familiale, traitement intensif dans la communauté, mesures de soutien à l'emploi, thérapie cognitivo-comportementale et entraînement aux habiletés sociales.

La dernière décennie a vu naître, à travers le monde, plusieurs programmes spécialisés dans le traitement et la réadaptation des personnes aux prises avec une psychose débutante (Edwards et al., 2005). Initialement, ces programmes avaient pour objectif de pallier aux *délais importants* entre l'émergence des symptômes et leur traitement pour

* Md, MSc, FRCP, Hôpital Louis-H. Lafontaine (HLHL).

** Md, MSc, FRCP, Centre hospitalier de l'Université de Montréal (CHUM).

*** Md, MPhil, FRCP, Hôpital Louis-H. Lafontaine (HLHL).

**** Md, FRCP, Centre hospitalier de l'Université de Montréal (CHUM).

***** Md, MSc, CSPQ, Hôpital Louis-H. Lafontaine (HLHL).

***** Md, FRCP, Hôpital Louis-H. Lafontaine (HLHL).

Remerciements

Les auteurs remercient la Chaire de schizophrénie Eli Lilly de l'Université de Montréal, la Fondation de l'Hôpital Louis-H. Lafontaine pour leur appui financier à cette recherche et madame Maryse Jean, pour sa patiente contribution à cet article.

optimiser les chances d'un meilleur pronostic. Il y a cependant bien plus dans le concept d'intervention précoce que le seul moment de l'intervention (Malla et al., 2001). Un deuxième objectif est d'offrir dès le début du traitement des *services de réadaptation psychosociale* conformes à une pratique basée sur les données probantes (Canadian Psychiatric Association, 2005 ; Lehman et al., 2004). Intervention familiale, suivi intensif dans la communauté, mesures de soutien à l'emploi, thérapie cognitivo-comportementale et entraînement aux habiletés sociales sont les principaux éléments de ces services.

Plusieurs de ces programmes spécialisés ont démontré des bénéfices par rapport au traitement habituel dispensé dans un service de psychiatrie générale : meilleur taux de rétention au traitement et meilleure évolution (Malla et Norman, 2001), efficience (Cost-effective) et efficace (Mccorry et al., 1996 ; Mihalopoulos et al., 1999), et meilleure évolution à un an avec un programme spécialisé intensif (réduction des séjours hospitaliers, moins de symptômes positifs et négatifs, meilleure satisfaction et participation au traitement des patients et leur famille) (Nordentoft et al., 2002). Il demeure cependant qu'aucune étude québécoise n'a démontré, sur une période de plusieurs années, l'efficacité globale de ces programmes.

Si l'impact positif de ces programmes a fait l'objet de publications, leur *comparaison entre eux* est beaucoup moins bien documentée. L'intérêt de cette comparaison ne réside pas tant dans la nature des services à fournir : cela fait l'objet d'un consensus assez bien établi au niveau international (Canadian Psychiatric Association (CPA), 2005 ; International Early Psychosis Association Writing Group (IEPA), 2005 ; Lehman et al., 2004) qui se traduit déjà dans les programmes PEP québécois (Nicole et Blondeau, 2005). L'intérêt de cette comparaison réside plutôt dans la mise en évidence d'une approche plus performante dans la façon de dispenser ces services. En cette matière, les programmes PEP québécois ont fait des choix diversifiés, et ils représentent une occasion unique de comparer ces modes d'intervention entre eux. Certains programmes utilisent l'approche de type case management (Clinique JAP du CHUM, Clinique PEP Montréal du CH Douglas) alors que d'autres ont conservé l'approche *interdisciplinaire* (Clinique des Jeunes Adultes de HLHL, Clinique Notre Dame des Victoires du CHRQ,) qui est la plus répandue au Québec dans les soins de deuxième et troisième ligne. Les résultats d'une telle étude comparative — approche interdisciplinaire vs case management — sont susceptibles d'orienter les changements nécessaires dans un processus d'implantation plus répandue des programmes PEP au Québec.

Au-delà des données relatives à l'impact de ces programmes et à la comparaison des différents modes d'intervention, les études portant sur les PEP doivent établir une *image actuelle de l'évolution des psychoses*. L'intérêt scientifique, l'obligation de fournir une information juste aux personnes atteintes et à leurs proches, et la nécessité de diriger les ressources et l'action des cliniciens (dans un contexte de ressources limitées) ne sont que quelques-uns des justificatifs à ces études. Quel est le pronostic à 5 ou 10 ans d'une personne atteinte de psychose à qui l'on offre une combinaison optimale d'interventions (pharmacologiques et psychosociales) dès le début de sa maladie ? Les études antérieures apportent peu de réponses à ce sujet. Ces études sur l'évolution des troubles psychotiques présentent plusieurs faiblesses méthodologiques. Ainsi certains auteurs (Vazquez-Barquero et al., 1999) soutiennent que la validité de la plupart des études sur les facteurs prédicteurs est plutôt faible. Ils invoquent des concepts-diagnostic variant d'une étude à l'autre, des échantillons hétérogènes (par exemple le nombre variable d'épisodes psychotiques), des suivis très variables (type et/ou durée), et finalement des variables d'évolution considérées souvent limitées et peu représentatives (par exemple le nombre d'hospitalisations) de la nature multidimensionnelle de l'évolution. À ce moment-ci, la mise sur pied de nouvelles études sur l'évolution des psychoses pour des groupes de patients recevant, dès le début de la maladie, un traitement basé sur les données probantes apparaît très pertinente.

Au Québec, peu de milieux cliniques combinent l'ensemble des modalités thérapeutiques de pointe, et aucune recherche n'a étudié l'évolution d'une cohorte pour lesquelles ces modalités de traitement ont été offertes dès le début de leur maladie. Récemment deux cliniques PEP du réseau de l'Université de Montréal unissaient leurs efforts dans ce but : la Clinique Jeunes Adultes (CJA) de l'Hôpital Louis-H. Lafontaine et la Clinique Jeunes Adultes Psychotiques (JAP) du CHUM.

Clinique Jeunes Adultes (CJA) — Hôpital Louis-H. Lafontaine

La Clinique Jeunes Adultes est située dans le secteur est de la Ville de Montréal. Ce secteur dessert une population hétérogène au niveau socio-économique quoiqu'une grande partie de ce secteur soit reconnue comme étant défavorisée au plan économique. La population couverte est d'environ 340 000 habitants. Depuis son origine, en 1988, la CJA offre traitement et réadaptation à des jeunes en début de schizophrénie ainsi que soutien et information à leur famille. Elle a fourni des patients à plusieurs recherches portant sur des questions bio-psycho-sociales. Mais peu de recherches ont été générées par les cliniciens de la CJA. L'expertise de l'équipe interdisciplinaire s'est développée au cours des

années sur la réadaptation et la réinsertion de ces premiers épisodes psychotiques, en collaboration avec les ressources de l'hôpital et celles du milieu. Depuis quelques années, dans le contexte des données probantes fournies par la littérature scientifique à l'effet qu'une action précoce au cours de la maladie est à privilégier, un changement s'est effectué quant au type de patients référés à la CJA : les patients sont référés dès leur premier épisode psychotique. Mais de plus, un programme de recherche systématique s'installe.

Critères d'exclusion et d'inclusion

Tous les patients âgés entre 18 et 30 ans dont le diagnostic principal est schizophrénie ou trouble apparenté, non traités ou traités depuis moins d'un an, habitant le territoire de l'hôpital Louis-H. Lafontaine. Sont exclus les patients avec une déficience intellectuelle. Mais on inclut les comorbidités, psychose et toxicomanie.

Les effectifs cliniques et leur utilisation

Les effectifs médicaux sont constitués de trois psychiatres à temps partiel qui assurent avec les différents professionnels, la continuité des soins internes et externes, et des mesures de relance active. Cette équipe comprend les effectifs suivants : une psychologue conseillère en orientation, une infirmière, deux travailleuses sociales, une ergothérapeute, deux intervenants de suivi intensif dans le milieu (S.I.M.). Les fonctions administratives sont remplies en collaboration par une secrétaire et le chef médical de la clinique (L.N.). La clinique reçoit de plus un résident en psychiatrie, des stagiaires en ergothérapie et en psychologie.

Les références à la clinique CJA proviennent de différents services de l'hôpital Louis-H. Lafontaine : principalement de l'urgence, de l'unité d'intervention brève, de l'interne, du module d'évaluation-liaison et de l'hôpital de jour (équipe spécialisée dans le traitement de la psychose). La liaison avec les différents services de la communauté sont en développement.

Une évaluation psychiatrique est d'abord complétée afin d'orienter vers le programme seulement les patients répondant aux critères. Dans un deuxième temps une évaluation multidisciplinaire est effectuée afin de préciser les besoins en réadaptation. Au sein de l'équipe, un intervenant principal est identifié pour chaque patient pris en charge. L'identification de cet intervenant principal repose sur la problématique majeure mise en évidence, sur la motivation principale du patient à consulter et sur l'arrimage avec les compétences professionnelles spécifiques. Ainsi une problématique majeure (ou une motivation plus

importante) du travail orientera vers une prise en charge où l'intervenant principal sera la psychologue conseillère en orientation, tandis qu'une problématique plus importante des déficits fonctionnels fera appel à l'ergothérapeute. D'autres professionnels seront appelés à jouer un rôle plus ponctuel, selon les besoins présents au cours du suivi. Si le patient se mobilise moins vers les services offerts à la clinique, un intervenant SIM dans le milieu deviendra l'intervenant principal. Des évaluations spécialisées (fonctionnelle par l'ergothérapeute, occupationnelle par la psychologue en orientation, et neuropsychologique) peuvent être complétées à la demande du psychiatre traitant. Le suivi global peut s'échelonner sur une période de cinq ans.

Les services offerts varient selon les besoins identifiés. Ils peuvent être résumés comme suit :

- **Suivi individuel intensif par le psychiatre traitant** pour tous les patients, d'une durée maximale de 5 ans (diagnostic, pharmacothérapie, psychothérapie cognitivo-comportementale adaptée à la phase de la maladie) ;
- **Suivi individuel intensif par l'intervenant principal** d'une durée maximale de 5 ans. Le suivi se fait à la clinique et/ou dans le milieu de vie du patient et comprend, selon les besoins du patient, en collaboration avec les différents professionnels :
 - Éducation et soutien face à la maladie et au traitement pharmacologique.
 - Soutien face à des démarches concrètes, par exemple : budget, administration (tous les intervenants).
 - Orientation vers des organismes dans la communauté.
 - Accompagnement et intégration dans les ressources de travail, études, loisirs et autres démarches sociales (par la psychologue conseillère en orientation).
 - Orientation et suivi hébergement avec emphase mise sur le développement de liens et de compétences dans les milieux de réadaptation (par la travailleuse sociale).
 - Interventions psychologiques : Psycho-éducation et réduction des méfaits reliés à l'abus de substances ; psychothérapie cognitivo-comportementale adaptée à la phase de la maladie (tous les intervenants).
 - Rencontres bilan organisées avec le patient, sa famille et les intervenants impliqués (équipe traitante et ressources résidentielles) lorsqu'une réévaluation globale est indiquée.

- **Suivi de groupe** (ergothérapeute, psychologue-conseillère en orientation) :
 - Atelier d’ergothérapie visant principalement à augmenter les habiletés fonctionnelles.
 - Groupe IPT- Depuis huit (8) ans, l’ergothérapeute anime un groupe de type Inegrated Psychological Therapy de Brenner (Brenner, 1994). En progressant dans six modules structurés, le patient travaille systématiquement les déficits cognitifs, la communication, les habiletés sociales, la gestion des émotions, et la résolution de problèmes d’environ un an à raison de 2 rencontres par semaine.
 - Groupe psychoéducatif sur différents thèmes.
 - Groupe de support pour réintégration travail-études.
- **Services offerts aux proches** (par les travailleuses sociales) :
 - Évaluation.
 - Soutien et entrevue de counselling.
 - Rencontre d’information en individuel.
 - Guide et assistance dans des démarches concrètes et légales.
 - Groupe famille (de type psycho-éducatif, échelonné sur un an à raison d’une rencontre par mois).

La Clinique Jeunes Adultes psychotiques : (JAP) — CHUM

La clinique JAP qui a vu le jour en 1999 est située au centre-ville de Montréal. Plusieurs organismes sont situés dans ce secteur. La plupart des refuges de sans abri et de refuges pour les jeunes de même que la gare centrale interurbaine d’autobus se trouvent sur le territoire desservi par le CHUM ainsi que l’Université du Québec à Montréal qui attire pour sa part une population estudiantine. Ces caractéristiques colorent le profil d’une partie de la clientèle. La population desservie est d’environ 225 000 habitants. Une grande partie du secteur est très défavorisée au niveau socio-économique.

Critères d’inclusion et d’exclusion

Tous les patients âgés entre 18 et 30 ans dont le diagnostic principal est un début de maladie psychotique (affective ou non affective); non traités ou traités depuis moins d’un an et habitant le territoire du CHUM. Sont exclus les patients avec une déficience intellectuelle, mais on inclut les comorbidités psychose et toxicomanie.

Les effectifs cliniques et leur utilisation

L'équipe est constituée de deux psychiatres à temps plein qui assurent la continuité des soins. L'équipe interdisciplinaire de la clinique comprend plusieurs professionnels dont la moitié travaillent à temps partiel (deux ergothérapeutes, deux travailleurs sociaux et une infirmière, une psychologue). Les fonctions administratives sont remplies par le chef médical de la clinique (Dr A.A.-Baki) et une secrétaire. La clinique accueille également des résidents en psychiatrie, des stagiaires en ergothérapie et en service social.

Les références à la clinique JAP sont faites directement par les différents services du département de psychiatrie du CHUM, des ressources communautaires, des proches, le patient lui-même ou d'autres médecins. Le développement de collaborations étroites avec les ressources communautaires du secteur fait partie du développement du volet relance «outreach» de la clinique depuis ses débuts. Des rencontres de suivis conjoints avec un regroupement des organismes oeuvrant auprès des jeunes de la rue ont lieu plusieurs fois par année depuis plus de 3 ans.

Suite à une évaluation psychiatrique initiale le patient reçoit, selon les besoins identifiés :

- Une évaluation globale (sphère relationnelle, sociale, occupationnelle, hygiène de vie, etc.), par le case manager ;
- Une évaluation spécifique plus poussée de l'impact de la maladie sur le fonctionnement par les professionnels de l'équipe interdisciplinaire, (par exemple évaluation fonctionnelle et occupationnelle par l'ergothérapeute, évaluation en neuropsychologie, etc.) ;
- **Suivi individuel intensif par le psychiatre traitant** (pour tous les patients), d'une durée maximale de 5 ans (diagnostic, pharmacothérapie, psychothérapie adaptée à la phase de la maladie) ;
- **Suivi individuel intensif de type «Case Management»** par un professionnel en santé mentale d'une durée maximale de trois ans. Le case manager interviendra en cas de crise jusqu'à la fin du suivi dans la clinique JAP. Le suivi se fait à la clinique et/ou dans le milieu de vie du patient :
 - Soutien psychosocial (approche intégrative et interventionniste) ;
 - Soutien et encadrement quant à la prise de médication ;

- Orientation et suivi pour hébergement (impliquant rencontres régulières dans le milieu de vie afin de viser des objectifs communs);
- Aide au budget et service de confiance;
- Accompagnement dans les démarches sociales (par exemple cartes d'identité, sécurité du revenu);
- Psychothérapie cognitivo-comportementale et psychoéducative pour la psychose;
- Psycho-éducation et réduction des méfaits dus à l'abus de substances;
- Intégration et accompagnement auprès des ressources socio-communautaires;
- Soutien, références et suivi conjoint pour la réintégration études/travail;
- **Pour les proches** (famille, conjoint):
 - Évaluation des besoins.
 - Support par le biais des contacts réguliers avec l'équipe traitante.
 - Groupe psycho-éducatif (6 séances hebdomadaires ou une journée intensive pour les familles habitant hors de la région de Montréal).
 - Service de thérapie familiale.

Suivi de groupe

L'emphase est mise sur les interventions de groupe qui permettent une continuité entre le traitement intrahospitalier et en clinique externe puisque certains groupes accueillent à la fois les patients hospitalisés et suivis en externe. Les rencontres de groupes sont préconisées pour tous les patients qui n'ont pas d'activités productives régulières dans le but de permettre une réintégration à un fonctionnement social rapidement. Différentes interventions de groupe sont prévues pour chaque phase du traitement. Le patient a accès à divers groupes de façon concomitante ou séquentielle, selon les besoins en terme de contenu ou d'intensité de contact avec l'équipe traitante. Ainsi, afin d'abrèger l'hospitalisation d'un patient encore en phase aiguë, des contacts quotidiens avec l'équipe traitante (la majorité par le biais d'interventions de groupe) seront privilégiés. Cette modalité d'intervention se substitue à l'hôpital de Jour.

Les différentes interventions de groupes offertes sont: atelier d'ergothérapie, programme de préparation au retour au travail-études, groupe de démarches actives vers l'emploi ou les études, groupe sport — relaxation, habiletés sociales, groupe psycho-éducatif (incluant poids santé-alimentation), groupe thérapie motivationnelle pour jeunes avec psychose et abus de substances, musicothérapie, groupe IPT, etc.

Pour les proches

- Évaluation des besoins.
- Soutien par des contacts réguliers avec l'équipe traitante.
- Groupe psycho-éducatif (6 séances hebdomadaires ou une journée intensive pour les familles habitant hors de la région de Montréal.
- Thérapie familiale.

Objectifs de l'étude

- Décrire et comparer des populations de la CJA et de la clinique JAP au moment de leur admission.
- Décrire et comparer l'évolution symptomatique des populations de la Clinique JAP et de la CJA de façon annuelle pendant 3 ans.
- Décrire et comparer l'évolution sociale et fonctionnelle de la clinique CJA et de la clinique JAP, annuellement sur une période de 3 ans.
- Déterminer les facteurs prédictifs de l'évolution symptomatique et fonctionnelle.

Hypothèses et rationnel

Aucune étude québécoise n'a porté sur l'évolution de cohortes de patients pour lesquelles ces modalités de traitement ont été offertes dès le début de leur maladie. Il n'y a pas d'étude qui compare ces deux modèles de traitement pour les premiers épisodes psychotiques.

- 1) L'évolution symptomatique devrait être positive pour la grande majorité des patients comparativement à leur admission.
- 2) L'évolution sociale et fonctionnelle devrait démontrer une amélioration pour une proportion significative des patients comparativement à leur admission.
- 3) L'évolution devrait être similaire entre les deux modes de traitements (entre les deux cliniques), vu l'intensité et la spécificité de chacun de ces traitements.

- 4) Le fonctionnement social à l'admission, les données socio-démographiques (notamment le fait de vivre avec sa famille) et l'âge à l'admission, de même que l'autocritique et l'observance au traitement et la consommation de drogues prédiront l'évolution symptomatique et fonctionnelle.

Méthodologie

Devis d'étude

Étude de suivi longitudinal prospective qui décrit l'évolution des troubles psychotiques et ses facteurs prédicteurs, et étude comparative de l'impact sur l'évolution de deux programmes de soins.

Recrutement des patients

Durant 3 ans, tous les patients admis aux cliniques CJA et JAP qui rencontrent les critères de diagnostic principal de maladie psychotique (selon les critères d'inclusion de chacune des cliniques) et âgés de 18 à 30 ans, sont admissibles dans l'étude. Seront exclus de l'étude les patients qui ne rencontrent pas les critères d'admission des cliniques, soit les patients avec un diagnostic principal autre qu'une maladie psychotique, les patients avec un retard mental ou présentant une psychose toxique.

Tous les patients des cliniques sont approchés afin d'obtenir leur consentement pour utiliser les données nécessaires à l'étude. Un consentement est demandé au patient pour utiliser les données, mais en cas de refus, le même traitement leur est offert. Les patients doivent bien maîtriser le français ou l'anglais. Le nombre de sujets estimé est de 100 par année au total répartis également entre les cliniques. Un nombre total de 300 patients sera recruté.

Cueillette des données

Les données démographiques et les échelles mentionnées ci-dessous font partie du dossier médical du patient et servent également à son traitement. L'évaluation annuelle des patients est standardisée afin de recueillir toutes les informations pour tous les patients.

Le diagnostic est déterminé avec toutes les informations disponibles au dossier (informations recueillies auprès du patient, de sa famille, de ses proches et des intervenants, suite à un consensus interjuge par deux psychiatres de chaque clinique). Advenant un doute ou désaccord pour le diagnostic, un comité de trois psychiatres (de deux cliniques différentes) étudiera le dossier afin de déterminer le diagnostic selon la méthode du meilleur estimé.

Les données sont recueillies à l'admission, puis annuellement pour une période de trois ans : données démographiques, investigation complétée, traitements reçus, diagnostic. De plus, les échelles suivantes seront remplies :

- Positive and Negative Symptoms Scale (PANSS) (Kat et al., 1987);
- Clinical Global Impression (CGI) (Guy 1976);
- Global Assessment Scale (GAS) (Endicott et al., 1976);
- Social and Occupational Functioning Scale (SOFAS) (American Psychiatric Association);
- Calgary Depression Scale (CDS) (Addington et Addington, 1996);
- Drug Abuse Screening Test (DAST) (Gavin et al., 1989);
- Quality of Life Scale (QLS) (Flanagan, 1978);
- Cambridge Neuropsychological Test Automated Battery (CANTAB) : évaluation des fonctions cognitives (surtout fonctions exécutives et mémoire de travail) (Robins et al., 1994);
- Subjective Scale to Investigate Cognition in Schizophrenia (SSTICS) : évaluation subjective des déficits cognitifs (Stip et al., 2003).

Trois types de variables sont étudiées comme l'indique le tableau 1

Tableau 1

Mesures de fonctionnement	Variables prédictrices ou influençant l'évolution	Indice de sévérité de la maladie
Statut marital	Statut marital à l'admission	Nombre d'hospitalisation
Autonomie à l'hébergement	Autonomie à l'hébergement à l'admission	Nombre de jours d'hospitalisation
Statut occupationnel	Statut occupationnel à l'admission	Nombre de rechutes*
Avancement des études	Niveau de scolarité à l'admission	Durée des rechutes*
Autonomie financière	Autonomie financière à l'admission	Nombres de consultations à l'urgence
Capacité à gérer ses biens et sa personne	Capacité à gérer ses biens et sa personne à l'admission	Durée de séjour à l'urgence
Responsabilité parentale	Responsabilité parentale à l'admission	

GAF	GAF à l'admission	GAF
SOFAS	SOFAS à l'admission	
	PANSS à l'admission	PANSS
	CDS à l'admission	CDS
	CGI à l'admission	CGI
	Échelle d'autocritique à l'admission	
	Délai entre rémission du 1 ^{er} épisode et 1 ^{re} rechute	
	Suivi avec intervenant principal ou case manager	
	Traitements psychosociaux reçus	
	Médication et observance	
	EEG — CT scan	
	Consommation de substances (DAST)	

*Une rechute consiste en une détérioration marquée de l'état clinique avec une résurgence des symptômes psychotiques, qui est documentée par une augmentation du CGI de 1 point ou plus par rapport à l'état habituel du patient (et une cote globale supérieure à 4).

Déroulement de l'étude

La durée totale de l'étude sera de cinq ans afin de compléter le cycle de collecte de données sur trois ans pour tous les patients qui auront été recrutés. L'étude a débuté à l'automne 2005. Un coordonnateur de recherche s'assure que le protocole est respecté, et que les évaluations sont complétées et exécutées au moment approprié. Ce coordonnateur veille à ce que le ou les assistants de recherche reçoivent la formation nécessaire et respectent la fiabilité interjuges.

Conclusion

Entreprendre une démarche de recherche clinique face à un phénomène aussi complexe que la psychose débutante implique plusieurs difficultés : financement, gestion et disponibilité des cliniciens-chercheurs ne sont que quelques-unes de ces barrières.

La situation actuelle présente plusieurs éléments susceptibles de fournir l'impulsion nécessaire à les franchir : équipe de cliniciens et de chercheurs voués à ce champ d'activité, culture de recherche des milieux et des intervenants, appui des institutions concernées.

À l'origine de cette démarche prédominent des motivations profondes : offrir de meilleurs services à une population aux prises avec l'une des conditions psychiatriques les plus potentiellement dommageables ; et répondre à des questions sur l'évolution au long cours des psychoses, face auxquelles cliniciens, patients et familles se retrouvent trop souvent sans réponse.

RÉFÉRENCES

- ADDINGTON, D., ADDINGTON, J., 1996, *Calgary Depression Scale for Schizophrenia (CDSS)*.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 1994, *Social and occupational functioning Assessment Scale (SOFAS)*.
- BRENNER, H. D., 1994, *Integrated Psychological Therapy for Schizophrenic Patients*, Goettingen, Hogrefe and Huber, Germany.
- CANADIAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2005, Clinical practice guidelines. Treatment of schizophrenia, *Canadian Journal of Psychiatry*, 50, 13 suppl 1, 7S-57S.
- EDWARDS, J., HARRIS, M., BAPAT, S., 2005, Developing services for first-episode psychosis and the critical period, *British Journal of Psychiatry*, Suppl., 48, S91-S97.
- ENDICOTT, J., SPITZER, R. L., FLEISS, J. L., COHEN, J., 1976, *Global Assessment Scale (GAS)*.
- FLANAGAN, J. C., 1978, *Quality of Life Scale (QLS)*.
- GAVIN, D. R., ROSS, H. E., SKINNER, H. A., 1989, Diagnostic validity of the drug abuse screening test in the assessment of DSM-III drug disorders, *British Journal of Addiction*, 84, 3, 301-307.
- GUY, W., 1976, *Clinical Global Impressions (CGI)*.
- INTERNATIONAL EARLY PSYCHOSIS ASSOCIATION WRITING GROUP (IEPA), 2005, International clinical practice guidelines for early psychosis, *British Journal of Psychiatry Supplement*, 48, S120-124.
- KAY, S. R., FISZBEIN, A., OPLER, L. A., 1987, The positive and negative syndrome scale (PANSS) for schizophrenia, *Schizophrenia Bulletin*, 13, 261-276.
- LEHMAN, A. F., LIEBERMAN, J. A., DIXON, L. B., MCGLASHAN, T. H., 2004, Practice guidelines for the treatment of patients with schizophrenia (second edition), *American Journal of Psychiatry*, 161, 2 suppl., 1-56.
- MALLA, A. M., NORMAN, R. M., 2001, Treating psychosis : is there more to early intervention than intervening early? *Canadian Journal of Psychiatry*, 46, 7, 645-648.

- MCGORRY, P., EDWARDS, J., MIHALOPOULOS, C., 1996, Eppic: An evolving system of early detection and optimal management, *Schizophrenia Bulletin*, 22, 305-326.
- MIHALOPOULOS, C., MCGORRY, P. D., CARTER, R. C., 1999, Is phase-specific community-oriented treatment of early psychosis an economically viable method of improving outcome? *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 100, no.1, 47-55.
- NICOLE, L., BLONDEAU, C., 2005, Psychose et intervention précoce : État de la nation québécoise, *Prisme*, 45, 14-29.
- NORDENTOFT, M., JEPPESEN, P., ABEL, M., KASSOW, P., PETERSEN, L., THORUP, A., KRARUP, G., HEMMINGSEN, R., JORGENSEN, P., 2002, OPUS study: suicidal behaviour, suicidal ideation and hopelessness among patients with first-episode psychosis: One-year follow-up of a randomised controlled trial, *British Journal Psychiatry*, 18, September, 98-106.
- ROBINS, T. W., JAMES, M., OWEN, A. M., SAHAKIAN, B. J., MCINNES, L., RABBIT, P., 1994, Cambridge Neuropsychological Test Automated Battery (CANTAB): A factor analytical study of a large sample of normal elderly volunteers, *Dementia*, 5, n° 5, 266-281.
- STIP, E., CARON, J., RENAUD, S., PAMPOULOVA, T., LECOMTE, Y., 2003, Exploring cognitive complaints in schizophrenia: the subjective scale to investigate cognition in schizophrenia, *Comprehensive Psychiatry* 44, n° 4, 331-340.
- VAZQUEZ-BARQUERO, J. L., CUESTA, M. J., HERRERA CASTANEDO, S., LASTRA, I., HERRAN, A., DUNN, G., 1999, Cantabria first-episode schizophrenia study: three-year follow-up, *British Journal of Psychiatry*, 174, 141-149.

ABSTRACT

Study of the follow-up of early psychosis at the Université de Montréal (L'Étude de Suivi des Psychoses Émergentes de l'Université de Montréal (ÉSPÉUM): context, objectives and methodology

In this article, the authors examine specialized programs and services in the treatment and rehabilitation of people with an early psychosis. The authors realized that various programs have multiplied in the course of the last decade and many have shown benefits in comparison with the usual treatments delivered in general psychiatry. Thus these programs are composed of the following elements: family intervention, intensive community treatment, employment support, cognitive behavioural therapy and social skills training.

RESUMEN

El Estudio de Seguimiento de las Psicosis Emergentes de la Universidad de Montreal (ÉSPÉUM): contexto, objetivos y metodología

En este artículo, los autores examinan los programas y servicios especializados en el tratamiento y la readaptación de las personas que sufren de una psicosis inicial. Los autores constatan que estos diversos programas se han multiplicado en el curso de la última década y varios han desmostrado los beneficios en comparación con los tratamientos habituales dispensados en psiquiatría general. Así, estos programas se constituyen de los siguientes elementos: intervención familiar, tratamiento intensivo en la comunidad, medidas de apoyo al empleo, terapia cognitivocomportamental y entrenamiento en las habilidades sociales.

RESUMO

Estudo de Acompanhamento das Psicoses Emergentes da Universidade de Montreal (ÉSPÉUM): contexto, objetivos e metodologia

Neste artigo, os autores examinam os programas e os serviços especializados no tratamento e na readaptação das pessoas que sofrem de uma psicose inicial. Os autores constataam que estes diversos programas se multiplicaram durante a última década e vários demonstraram benefícios em comparação com os tratamentos habituais dispensados em psiquiatria geral. Assim, estes programas são constituídos dos seguintes elementos: intervenção familiar, tratamento intensivo na comunidade, medidas de apoio ao emprego, terapia cognitivo-comportamental e treinamento para as habilidades sociais.