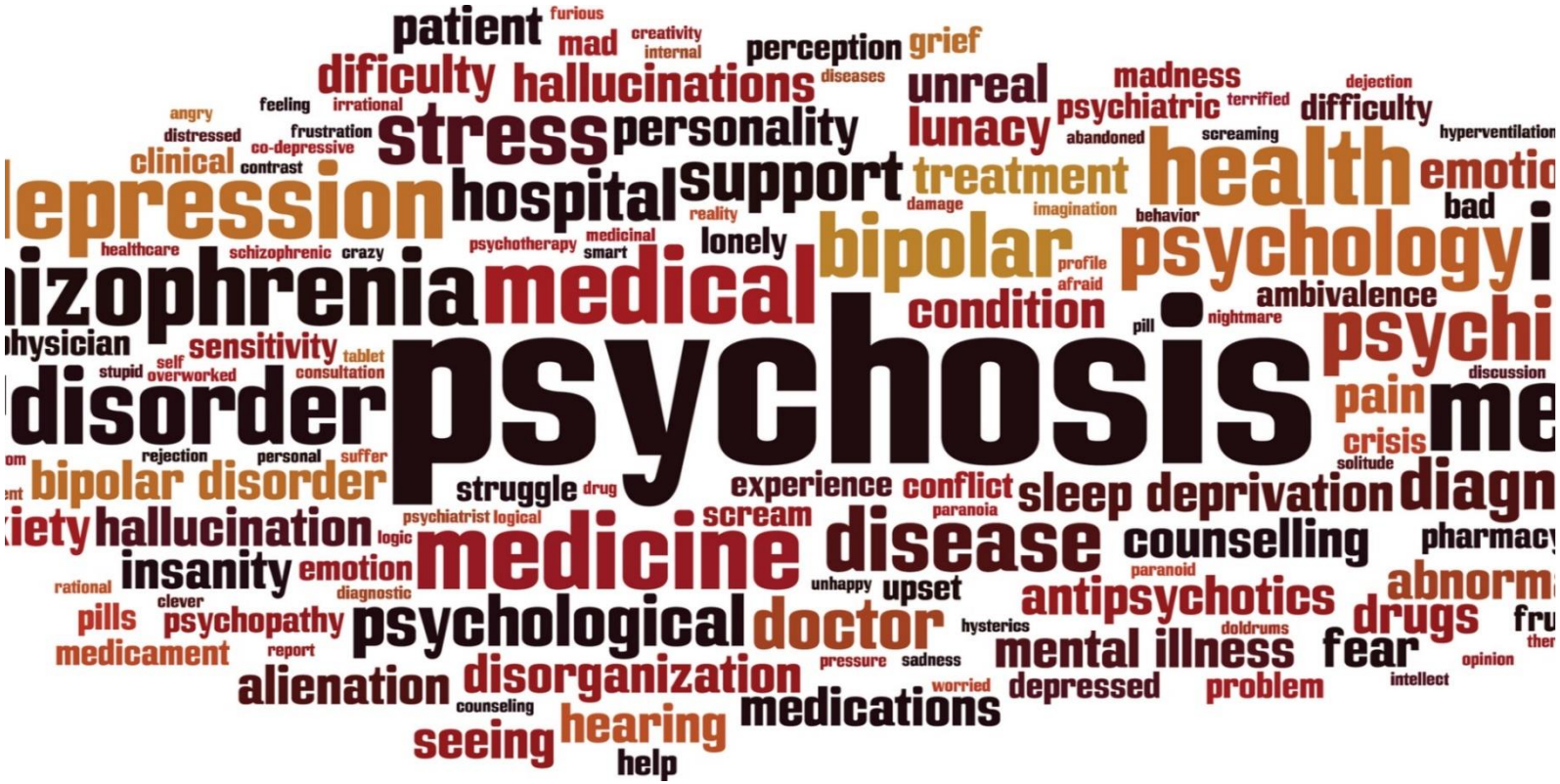
Concepts essentiels de l'intervention précoce dans la psychose



Dre Alessandra Solida
Programme TIPP, Service de Psychiatrie Générale, DP-CHUV
Lausanne

Un modèle de soins efficace

Effectiveness of Early Psychosis Intervention: Comparison of Service Users and Nonusers in Population-Based Health Administrative Data

Kelly K. Anderson, Ph.D., Ross Norman, Ph.D., Arlene MacDougall, M.D., M.Sc., Jordan Edwards, M.Sc., Lena Palaniyappan, M.D., Ph.D., Cindy Lau, M.Sc., Paul Kurdyak, M.D., Ph.D.

Objective: Early psychosis intervention (EPI) programs improve clinical and functional outcomes for people with first-episode psychosis. Less is known about the impact of these programs on the larger health care system. The authors sought to compare indicators of health service use, self-harm, suicide, and mortality between people with first-episode psychosis who were using EPI services and a propensity-matched group of concurrent control subjects who were not accessing EPI services.

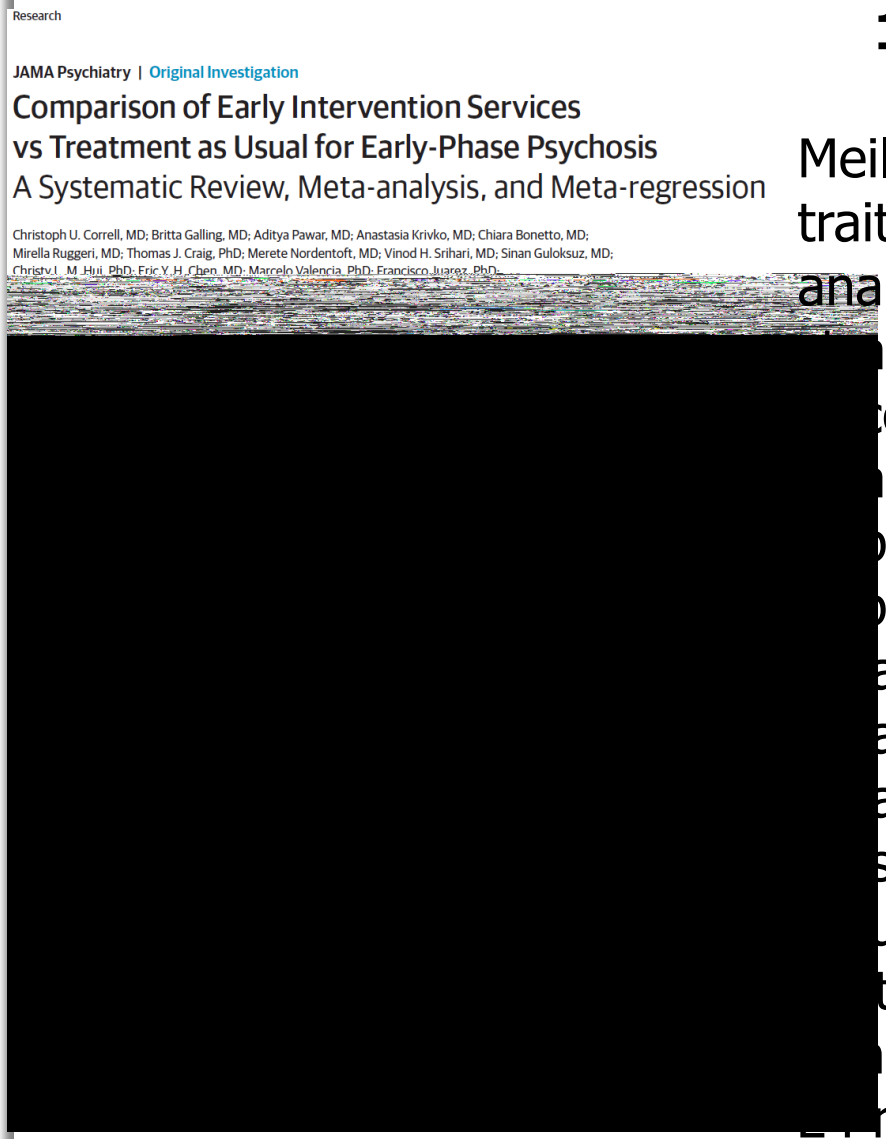
Method: A retrospective cohort of incident cases of nonaffective psychosis in the catchment area of the Prevention and Early Intervention Program for Psychoses in London, Ontario, between 1997 and 2013 was constructed using health administrative data. This cohort was linked to primary data from the same program to identify people who used EPI services. Outcomes for people who used EPI services and those who did not were compared using Cox proportional hazards models.

Results: People who used EPI services had substantially lower rates of all-cause mortality in the 2-year period after EPI program admission (hazard ratio=0.24, 95% CI=0.11–0.53), although a significant difference in self-harm (hazard ratio=0.86, 95% CI=0.18–4.24) and suicide (hazard ratio=0.73, 95% CI=0.29–1.80) between the two groups was not observed. Those who used EPI services also had lower rates of emergency department presentation (hazard ratio=0.71, 95% CI=0.60–0.83) but higher rates of hospitalization (hazard ratio=1.42, 95% CI=1.18–1.71). These benefits were not observed after 2 years, when EPI care is typically stepped down to medical management.

Conclusions: People with first-episode psychosis who used EPI services had mortality rates that were four times lower than those with first-episode psychosis who did not use these services, as well as better outcomes across several health care system indicators. These findings support the effectiveness of EPI services for the treatment of first-episode psychosis in the larger context of the overall health care system.

Am J Psychiatry 2018; 175:443–452; doi: 10.1176/appi.ajp.201717050480

Les patients avec PEP qui utilisent les services spécialisés en premier épisode ont des **taux de mortalité quatre fois inférieurs à ceux qui n'utilisent pas ces services spécialisés** ainsi que de meilleurs résultats dans plusieurs indicateurs du système de soins de santé (Anderson K 2018)


Research

JAMA Psychiatry | Original Investigation

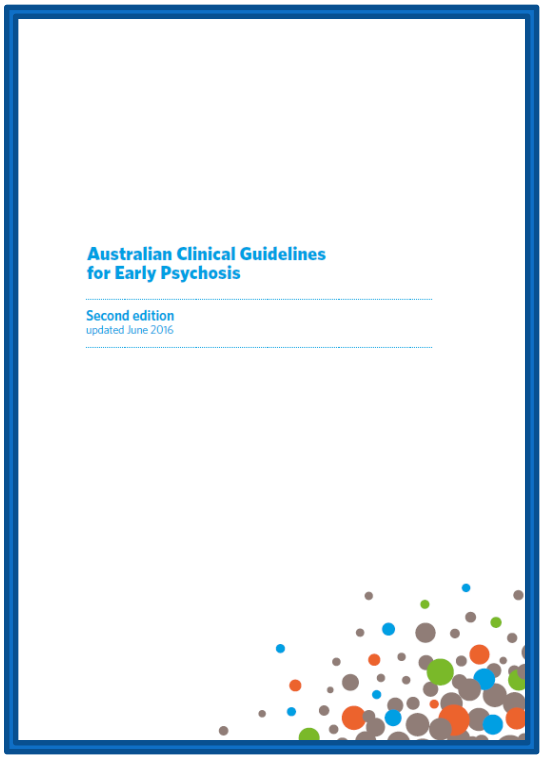
Comparison of Early Intervention Services vs Treatment as Usual for Early-Phase Psychosis
A Systematic Review, Meta-analysis, and Meta-regression

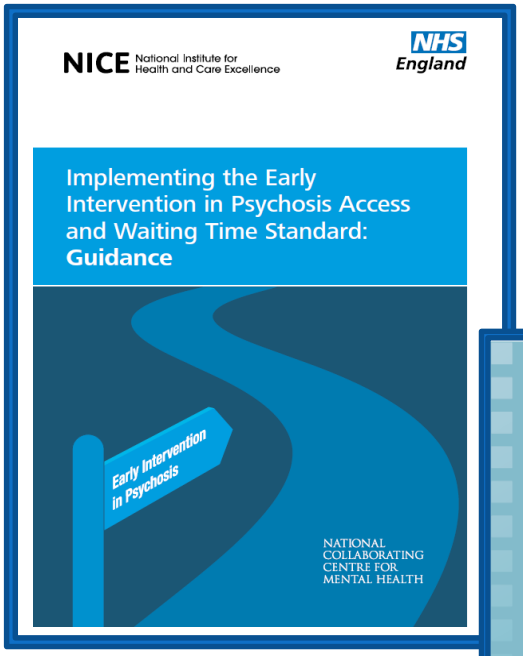
Christoph U. Correll, MD; Britta Galling, MD; Aditya Pawar, MD; Anastasia Krivko, MD; Chiara Bonetto, MD; Mirella Ruggeri, MD; Thomas J. Craig, PhD; Merete Nordentoft, MD; Vinod H. Srihari, MD; Sinan Guloksuz, MD; Christy L. M. Hui, PhD; Eric Y. H. Chen, MD; Marcelo Valencia, PhD; Francisco Juarez, PhD;

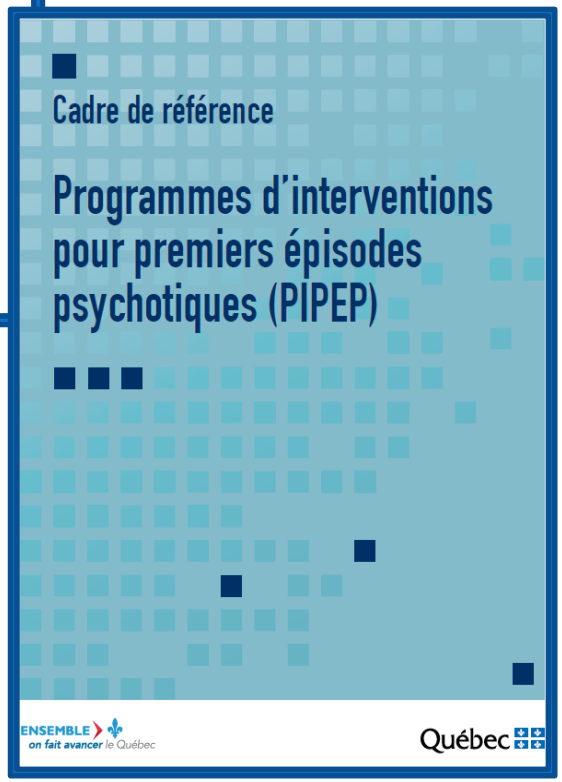
Méta-analyse Correll CU 2018: 10 essais cliniques randomisés (2'176 patients)

Meilleurs résultats S R X U O ¶ , 3 T X H traitement standard pour 13 variables analysées, dont:

- abandon du suivi toutes causes confondues
- u moins une hospitalisation psychiatrique
- articipation à l'école ou au travail
- a gravité totale des symptômes
- a gravité des symptômes positifs
- a gravité des symptômes négatifs
- supériorité G H O ¶ , 3 F t a u Q l e s H U Q ultats à 6, 9 à 12 et 18 à 24 mois de tements, sauf pour symptômes éraux et symptômes dépressifs à 18-24 mois.







Les recommandations au niveau international

Les composantes essentielles de l'IP

- Accès facile et rapide
- Traitements spécialisés et adaptés
- Continuité et coordination des soins

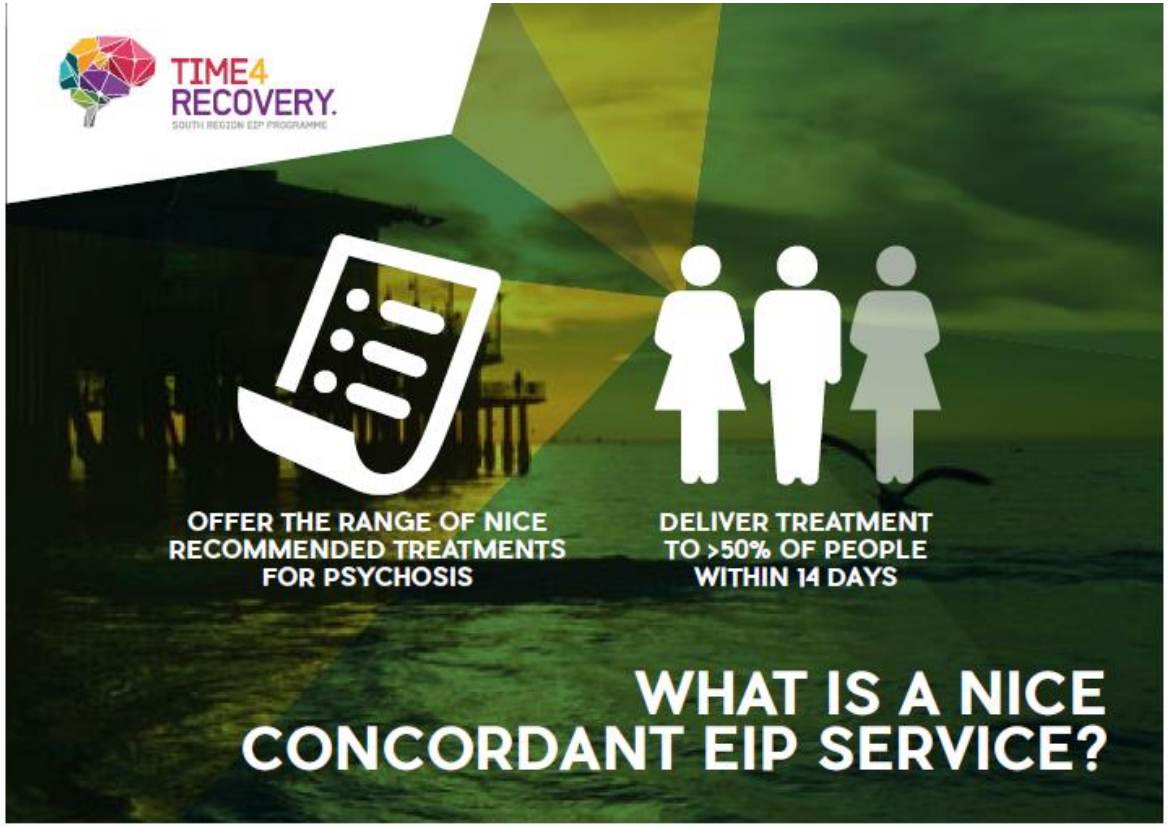
Accès facile et rapide

- 3 U R P R W L R Q G H O ¶ L Q I R U P D W L R Q H
  la détection précoce
- / H V V H U Y L F H V G ¶ , 3 G R L Y H Q W L Q W I
  évaluer la demande et mettre le traitement
  approprié en place si besoin
- Flexibilité, mobilité et proactivité de l'équipe
- Accueil large des demandes , i.e. la demande doit
  pouvoir être adressée par un large éventail de
  demandeurs

Accessibilité : les gold standards

Australie	Grande Bretagne	Québec
Service accessible 24h/24h, 7 j/7 « low-treshold »	« Access & Waiting Time standard »: Traitement dans les 15 jours	Service accessible 6 j /7
Evaluation dans les 48 heures		Délai de contact: 24 ±72 hrs
Case-manager assigné dans les 5 jours dès O ¶ p Y D O		Traitement dans les 7 ou 15 jours

Accessibilité : les gold standards



A NICE concordant EIP service is able to offer and deliver the below NICE recommended treatments. To meet the new standard, at least 50% of people must commence treatment with a NICE recommended care package within 14 days of referral.

Traitements spécialisés et adaptés au stade de la maladie

Assurer des interventions en partenariat avec le patient et la famille orientées vers les psychoses en général plutôt que le diagnostics précis de schizophrénie et visant :

- le rétablissement fonctionnel, plutôt que le diagnostic
- la rémission des symptômes tant négatifs que positifs
- la réadaptation et la réalisation d'un projet de vie
- La prévention des déficits fonctionnels et cognitifs

Traitements: les éléments clés

Evaluation	‡ Biopsychosociale (y compris physique) ‡ partie intégrante du traitement, doit rester un processus actif et comprendre une évaluation et formulation claire des risques ‡ I R U P X O D W L R Q G ¶ X Q S O D Q W le rétablissement, partagé et convenu avec le patient
Case-Management	‡ Gestion de cas intensive et de proximité (modèle communautaire dynamique) ‡ $ F F H Q W V X U O ¶ H Q J D J H P H Q W ‡ Relations étroites avec la famille du patient ‡ Prise de décision partagée ‡ Traitement flexible ‡ Durée minimale 2 ans
Traitements psychologiques	‡ TCC ‡ thérapie ou inventions de soutien en phase aigue PEP)

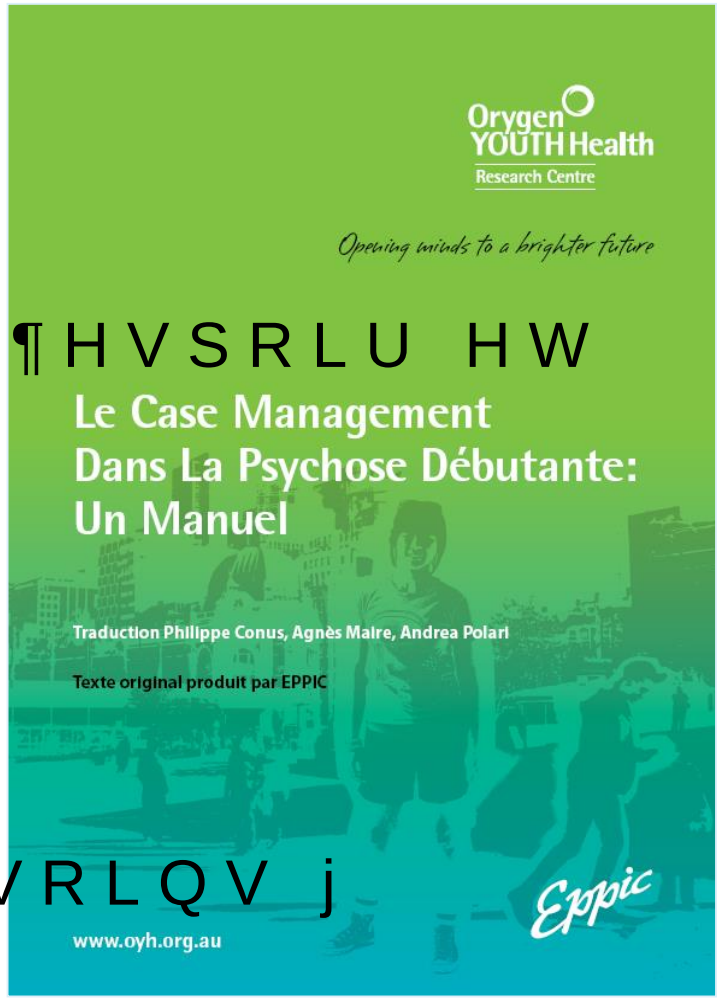
Traitements : les éléments clés

Thérapies pharmacologiques	‡ Atypiques ‡ Dose minimale efficace ‡ Suivi EI
Soutien aux membres de l'entourage	‡ Information et soutien ‡ Psychoéducation ‡ Groupes ‡ Individuelle
Soutien à la réinsertion professionnelle, scolaire et de maintien en emploi et aux études	‡ collaboration étroite avec les services de réinsertion professionnelle, de raccrochage scolaire et de maintien en emploi et aux études. ‡ avec les organismes locaux dans le but de prévenir le décrochage scolaire et O ¶ L Q W H U U X S W L R Q G H O ¶ H F ‡ partenariats avec services de réinsertion au travail, commissions scolaires, écoles, etc.

Continuité et coordination des soins: le Case-Management

Intervention intensive, de proximité, flexible, basée sur le partenariat avec le patient et sa famille HW XQH YLVLRQ G¶HVSRLU HW déstigmatisante.

Augmente l'adhésion aux soins: les programmes IP doivent viser à minimiser le taux G¶DEDQGRQ GHV VRLQV j moins 10% par année.



Recommandations en matière de dotation case-management

- Le ratio souhaité de clients/case-manager devrait être d'environ 10:1.
- Le programme danois OPUS a utilisé un ratio de 8:1 tandis que les directives nationales britanniques demandent un ratio de 15:1 maximum, les guidelines au Québec 16:1
- En comparaison, les équipes de santé mentale pour adultes dans de nombreux contextes communautaires urbains font souvent état d'une charge de travail supérieure à 50.

Traitements spécialisés et adaptés au stade de la maladie

Et les patient à Ultra High Risk ?

- diverses interventions se révèlent efficaces
- à privilégier Intervention TCC ou psychosociales adaptées aux besoins et aux comorbidités associés
- Follow-up

Débats au sujet des priorités:

Le Cadre de référence Québec recommande

G ¶ R U J D Q L V H U G ¶ D E R U G G H V S U R J U

O H V 3 (3 H W G ¶ \ D V V R F L H U G H V S U R

pour les Etats Haut Risque pas avant 3 ans.

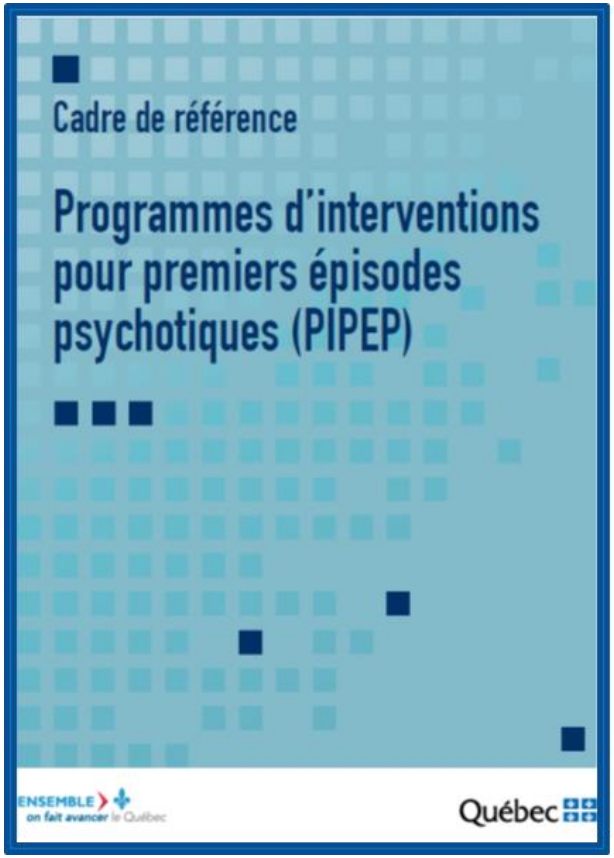
Fonctions et compétences nécessaires pour les soins IP

(Implementing the Early Intervention in Psychosis Access and Waiting Time Standard: Guidance; NICE 2016)

1.CASE-MANAGER	**Est qualifié pour s'engager et travailler avec une formulation biopsychosociale et être capables de fonctionner au sein d'une équipe multidisciplinaire, de travailler avec planification des soins fondés sur le rétablissement, de travailler de manière flexible et créative avec les personnes afin d'atteindre leurs objectifs individuels, les aider à répondre à toute une série de besoins en matière de santé et de services sociaux, y compris des conseils en matière de logement, d'allocations et de dettes.** **Les CM peuvent provenir de professions diverses mais sont généralement des infirmiers, des ergothérapeutes ou des travailleurs sociaux.** **(..)**
2. Psychiatre	L'intervention d'un psychiatre consultant spécialisé est essentielle, tant en termes de contact direct avec les usagers que de contribution et de soutien à l'équipe de soins. contact direct avec l'usager et en termes de contribution et de soutien à l'équipe multidisciplinaire. Il doit être impliqué chaque fois qu'il y a des doutes ou des avis contradictoires sur le diagnostic, la sécurité ou la santé. Les membres de l'équipe médicale doivent s'impliquer activement dans le processus d'évaluation, en particulier si d'autres personnes effectuent l'évaluation en face à face. Ils doivent également être impliqués dans les décisions relatives à l'acceptation du patient et à sa sortie de l'hôpital, en particulier lorsque celle-ci n'est pas planifiée.

3. Psychologue thérapeute/ clinique psychologue clinique	**Les psychothérapeutes et les psychologues cliniques doivent avoir suivi une formation formelle en TCC pour la psychose et/ou en intervention familiale (...). Tout le personnel dispensant des thérapies psychologiques doivent être supervisés régulièrement par un superviseur qualifié.**
4. Spécialistes de l'éducation et de l'emploi	Les spécialistes de l'éducation et de l'emploi sont compétents pour aider les personnes au travail, à la formation ou à l'éducation, en mettant l'accent sur l'emploi ou l'éducation comme objectif principal. Ces travailleurs doivent faire partie intégrante de l'équipe clinique, et non une ressource externe. Compétences et attitudes doivent inclure des niveaux élevés d'initiative, d'empathie et de persistance avec une connaissance spécifique du marché du travail local. Les travailleurs devraient être formés à l'entretien motivationnel pour aider les gens à obtenir de meilleurs résultats à long terme. Les personnes travaillant avec des jeunes devraient être formés à travailler avec ceux qui ont d'apprentissage supplémentaires résultant d'un développement neurologique atypique.

Fonctions et compétences nécessaires pour les soins IP



- **Intervenants « attitrés »**
  - 1 psychiatre
  - 1 infirmière
  - 1 spécialiste en toxicomanie
  - 1 spécialiste en réinsertion socioprofessionnelle et scolarisation
  - 1 spécialiste approches familiales et TCC
- **Professionnels consultants**

Standard de qualité et échelles de fidélité

First episode psychosis services fidelity scale	Addington et al., (2016)
Early intervention service fidelity scale	Lester, Birchwood, & Marshall (2006)
Danish first episode psychosis fidelity scale	Nordentoft et al., (2015)
Recovery after an initial schizophrenia episode, connection fidelity scale	Essock et al. (2015)
Early assessment and support alliance fidelity scale	Melton et al. (2012)
EPPIC model integrity tool (EMIT)	Hughes et al., (2014) and Killackey (2016)

Items communs aux échelles de fidélités (Addington 2016)

FEPS-FS (31 items)
Individual evidence-based practices
1. Timely contact with referred individual
2. Patient and family involvement in assessments
3. Comprehensive clinical assessment
4. Psychosocial needs assessed for care plan
5. Individualized clinical treatment plan after initial assessment
10. Patient psychoeducation
11. Family education and support
14. Annual formal comprehensive assessment documented
15. Assigned psychiatrist
16. Assignment of case manager
17. Motivational enhancement or cognitive Behavioural therapy for co-morbid substance use disorder (SUD)
19. Active engagement and retention
21. Crisis intervention services
Evidence-based team practices
22. Participant/provider ratio
24. Psychiatrist role on team
25. Multidisciplinary team
26. Duration of FEP program

Indicateurs de qualité des services dédiés aux PEP (Addington 2016)

DOMAIN & Performance Measure	
Domain: Early intervention	
1. Proportion seen within 2 wk.	%
2. Median duration of untreated psychosis (DUP).	Median
3. Population-based program enrolment rate (age 15-55). Program enrolment or admissions as percentage of expected population-based annual incidence.	%
4. Proportion of new referrals to FEPS first admitted to inpatient services.	%
Domain: Patient outcome	
5. Proportion in follow-up at 1, 2 and 3 yr	%
6. Antipsychotic medication doses within national guidelines	%
7. Cumulative admissions to hospital at 1, 2 and 3 yr	%
8. Education (% participating in education) at 1, 2 and 3 yr	%
9. Work (% in competitive employment) at 1, 2 and 3 yr	%
Domain: Health and safety	
10. Assessment of tardive dyskinesia (TD)	%
11. Weight (% with BMI < 25) at 1, 2 and 3 yr	%
12. Attempted suicide % at 1, 2 and 3 yr	%
13. Annual monitoring of metabolic parameters	%

*«L'essence du paradigme de l'IP repose sur l'idée qu'une intervention **tardive**, surtout pour les jeunes dans une période de développement très sensible, est intrinsèquement **dommageable**, **au moins sur le plan psychosocial et peut-être sur le plan neurobiologique.***

Fournir une intervention holistique et fondée sur des données probantes dès qu'il existe un besoin indéniable de soins, et certainement dès que les symptômes psychotiques francs sont devenus durables et invalidants, est considérée non seulement comme un impératif clinique et humain, mais aussi comme une stratégie qui devrait modifier l'impact de la P D O D G L H « ª

P. McGorry 2005

MERCI !