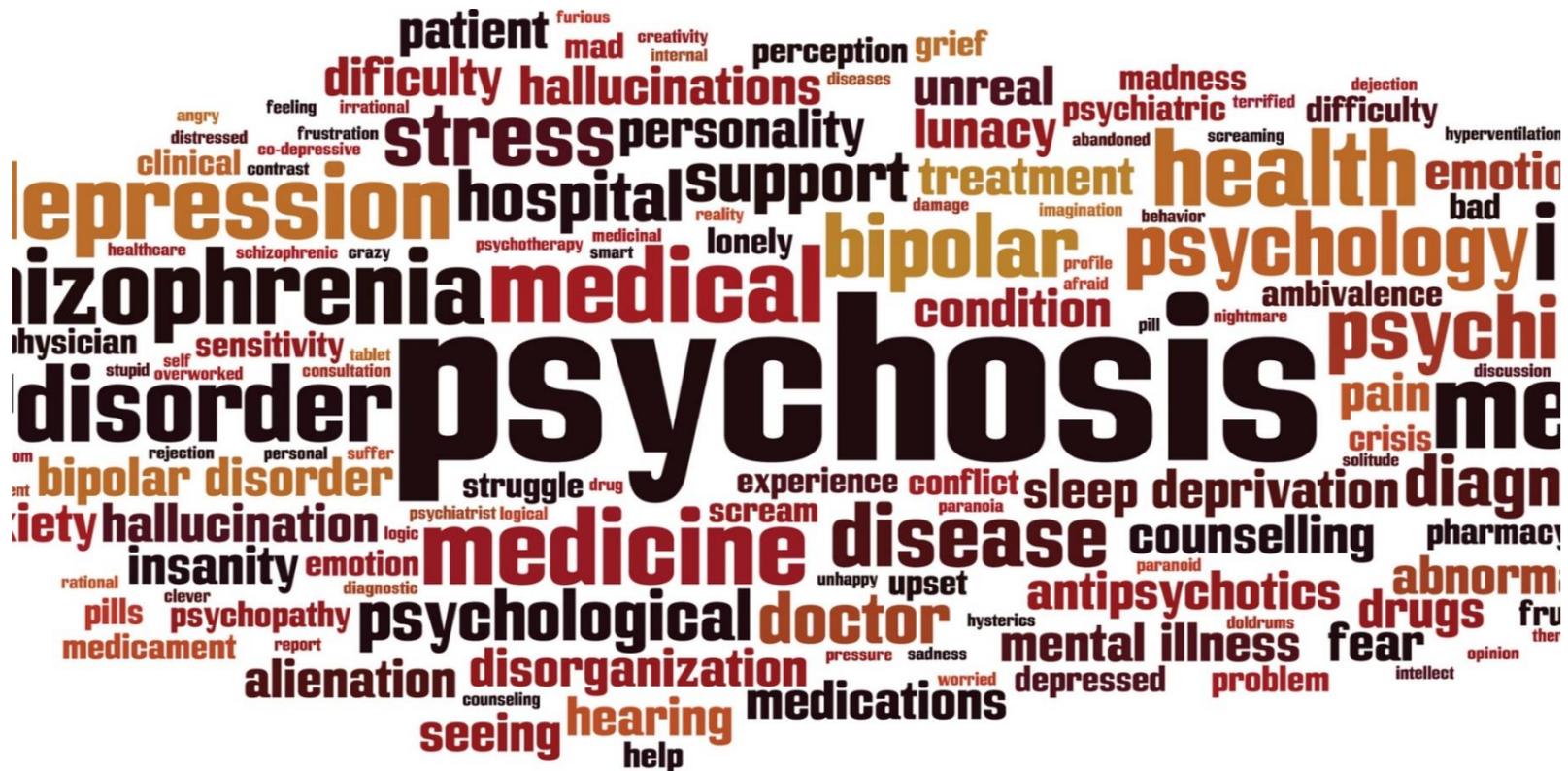


Concepts essentiels de l'intervention précoce dans la psychose



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 non-affective 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.2017.17050480

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)

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

Meilleurs résultats pour l'IP que traitement standard pour 13 variables analysées, dont:

- abandon du suivi toutes causes confondues
- au moins une hospitalisation psychiatrique
- participation à l'école ou au travail
- la gravité totale des symptômes
- la gravité des symptômes positifs
- la gravité des symptômes négatifs

La supériorité de l'IP concerne tous les résultats à 6, 9 à 12 et 18 à 24 mois de traitements, sauf pour symptômes généraux et symptômes dépressifs à 18-24 mois.

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; Delbert G. Robinson, MD; Nina R. Schooler, PhD; Mary F. Brunette, MD; Kim T. Mueser, PhD; Robert A. Rosenheck, MD; Patricia Marcy, BSN; Jean Addington, PhD; Sue E. Estroff, PhD; James Robinson, MEd; David Penn, PhD; Joanne B. Severe, MS; John M. Kane, MD

IMPORTANCE The value of early intervention in psychosis and allocation of public resources has long been debated because outcomes in people with schizophrenia spectrum disorders have remained suboptimal.

OBJECTIVE To compare early intervention services (EIS) with treatment as usual (TAU) for early-phase psychosis.

DATA SOURCES Systematic literature search of PubMed, PsycINFO, EMBASE, and ClinicalTrials.gov without language restrictions through June 6, 2017.

STUDY SELECTION Randomized trials comparing EIS vs TAU in first-episode psychosis or early-phase schizophrenia spectrum disorders.

DATA EXTRACTION AND SYNTHESIS This systematic review was conducted according to PRISMA guidelines. Three independent investigators extracted data for a random-effects meta-analysis and prespecified subgroup and meta-regression analyses.

MAIN OUTCOMES AND MEASURES The coprimary outcomes were all-cause treatment discontinuation and at least 1 psychiatric hospitalization during the treatment period.

RESULTS Across 10 randomized clinical trials (mean [SD] trial duration, 16.2 [7.4] months; range, 9-24 months) among 2176 patients (mean [SD] age, 27.5 [4.6] years; 1355 [62.3%] male), EIS was associated with better outcomes than TAU at the end of treatment for all 13 meta-analyzable outcomes. These outcomes included the following: all-cause treatment discontinuation (risk ratio [RR], 0.70; 95% CI, 0.61-0.80; $P < .001$), at least 1 psychiatric hospitalization (RR, 0.74; 95% CI, 0.61-0.90; $P = .003$), involvement in school or work (RR, 1.13; 95% CI, 1.03-1.24; $P = .01$), total symptom severity (standardized mean difference [SMD], -0.32; 95% CI, -0.47 to -0.17; $P < .001$), positive symptom severity (SMD, -0.22; 95% CI, -0.32 to -0.11; $P < .001$), and negative symptom severity (SMD, -0.28; 95% CI, -0.42 to -0.14; $P < .001$). Superiority of EIS regarding all outcomes was evident at 6, 9 to 12, and 18 to 24 months of treatment (except for general symptom severity and depressive symptom severity at 18-24 months).

CONCLUSIONS AND RELEVANCE In early-phase psychosis, EIS are superior to TAU across all meta-analyzable outcomes. These results support the need for funding and use of EIS in patients with early-phase psychosis.

← Editorial page 545

+ Supplemental content

Review

Cost-effectiveness of early intervention in psychosis: systematic review

David Aceituno, Norha Vera, A. Matthew Prina and Paul McCrone

**Background**

Early intervention in psychosis (EIP) has been developed as an approach to improve the prognosis of people with psychotic disorders and it has been claimed to be a more efficient model of care. However, the evidence is not definitive and doubts have spread regard to the economic outcomes of EIP services amid the usually restricted mental health budget.

Aims

We aimed to review the cost-effectiveness evidence of EIP services worldwide.

Method

We systematically reviewed the economic literature about EIP following the Preferred Reporting Items for Systematic reviews and Meta-Analyses statement guidelines. Studies were selected according to previously stated criteria and analysed with standardised critical appraisal tools for trial-based economic evaluations and modelling studies.

Results

A total of 16 studies were selected after applying the eligibility criteria. Most of them were economic evaluations alongside clinical trials. The overall evidence was consistent in the cost-effectiveness of EIP compared with standard care for first

episode of psychosis and the Clinical High Risk for Psychosis paradigm. Such evidence was replicated among different health systems, but mainly in high-income countries. The methodological quality of such evidence, however, was moderate and heterogeneity was significant across the studies.

Conclusions

There is consistent evidence that the implementation of EIP services might be a cost-effective alternative across different health systems. Such evidence, nevertheless, derives from heterogeneous and sometimes methodologically flawed studies, reducing the certainty of such statement. More efforts must be done to rigorously assess the value of this intervention, before expanding it among systems where mental health budgets are more constrained.

Declaration of interest

None.

Keywords

Schizophrenia; cost-effectiveness; psychotic disorders.

Copyright and usage

© The Royal College of Psychiatrists 2019.

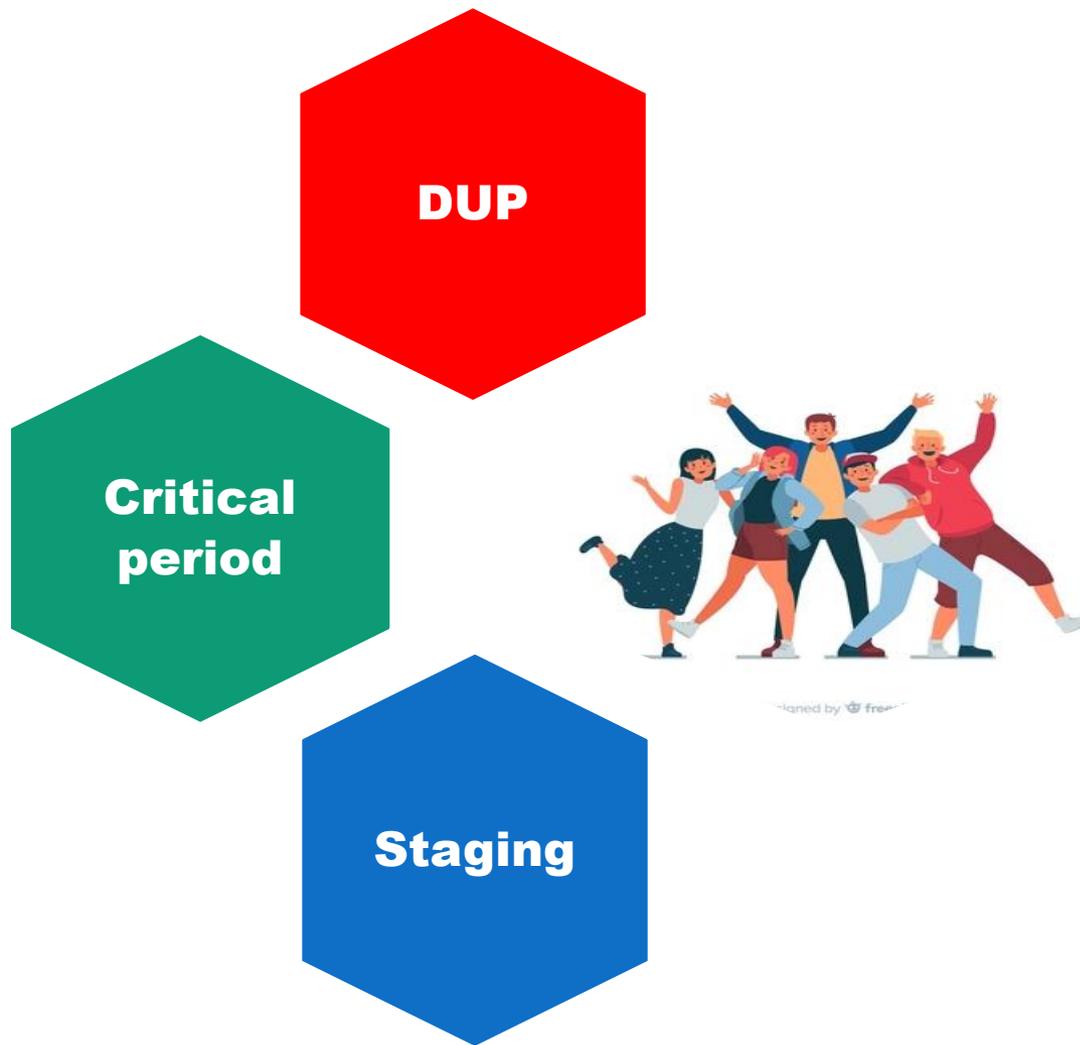
Quels sont les " ingrédients " qui expliquent les meilleurs résultats ?



La diffusion rapide de programmes d'IP génère le risque que des pratiques inégales ou inadéquates soient déployées.

La mise en œuvre d'interventions fragmentaires et en l'absence d'adhésion à des bases théoriques ou probantes solides a peu de chances de produire les résultats souhaités.

Intervention précoce: BACK TO BASICS



Intervention Précoce: définitions clés

L'intervention précoce dans la psychose est une stratégie de soins

- **intégrés**
- **spécialisés**
- **adaptées** aux phases du trouble
- **adressées** aux jeunes
- **rapidement accessibles**



Les recommandations IEPA

BRITISH JOURNAL OF PSYCHIATRY (2005), 187 (suppl. 48), s126-s124

International clinical practice guidelines for early psychosis

INTERNATIONAL EARLY PSYCHOSIS ASSOCIATION WRITING GROUP¹

Summary These international clinical practice guidelines were developed with detailed input from 29 invited international consultants, who provided content as well as detailed feedback on draft versions. The final draft of the guidelines was ratified by the Executive of the International Early Psychosis Association and presented and formally endorsed at the Third International Conference on Early Psychosis held in Copenhagen, September 2002. They have been revised slightly to include medications that were not available in 2002, although a fully comprehensive process of update has not yet been conducted. The final version is published in this Supplement with the aim of encouraging further discussion as well as providing practical guidance to clinicians and researchers. A second edition is planned for publication in 2008.

right to continuing care. Treatment models are geared to the needs of older patients with chronic conditions, reinforcing the pessimism inherent in the concept of schizophrenia. Community ignorance, stigma (operating in the larger community and within mental health services), poor mental health literacy, and the isolation of psychiatry from the rest of medicine and healthcare add to the obstacles to reforming systems to focus on early intervention. A special focus on the early phases of psychotic disorders is justified on three major grounds:

- The clinical care of people with first-episode psychosis is often delayed or inadequate, and sometimes crude or harmful. Some people never receive treatment.
- Increasing evidence suggests there are major opportunities for effective secondary prevention, which could substantially lower the mortality and morbidity associated with these disorders.
- Epidemiological, neurobiological and neurosocial study of early psychosis

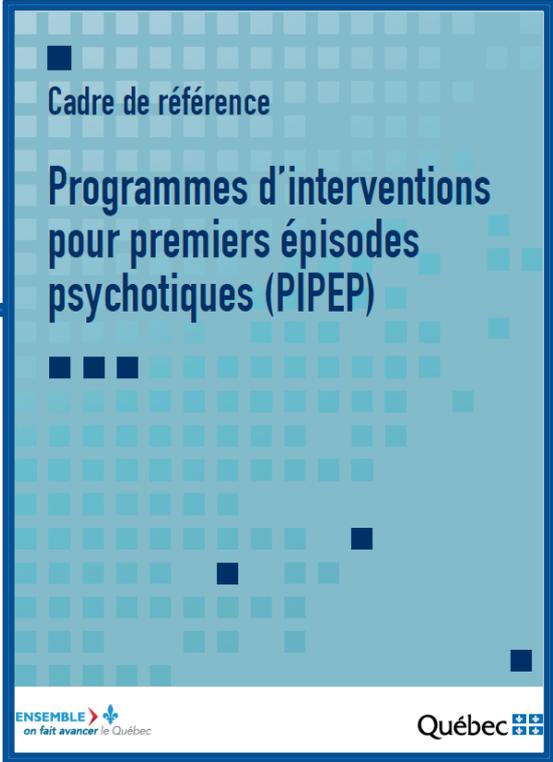
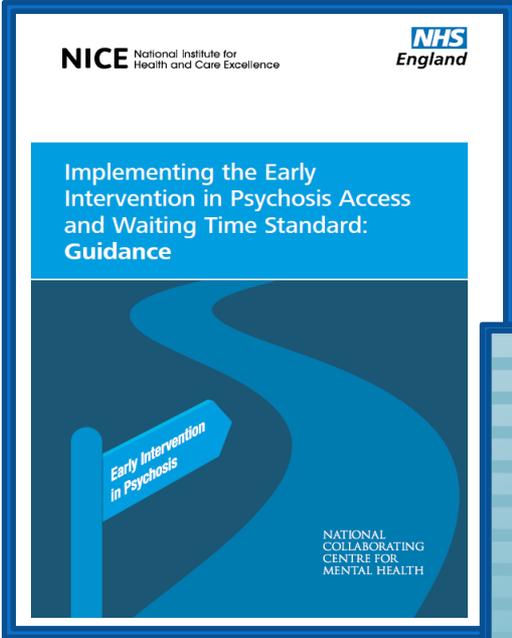
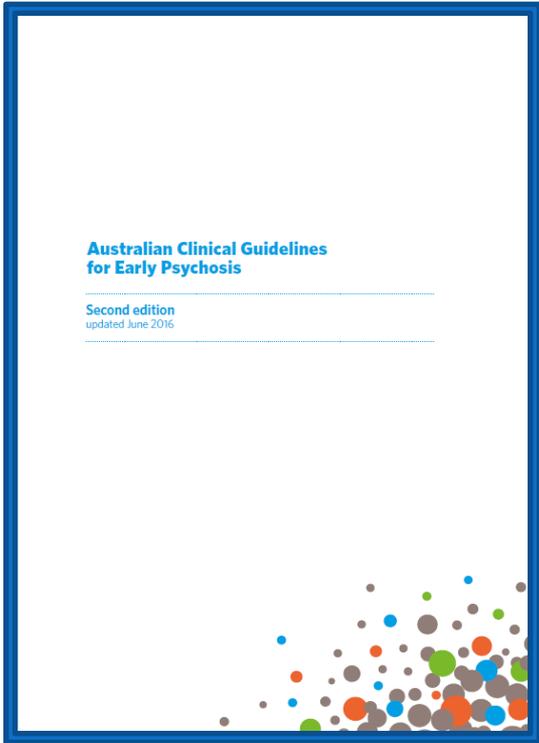
SPECIAL ARTICLE

- The period of untreated psychosis is a risk factor for a poor outcome. It has many determinants, but there is potential for intervention within communities to reduce the duration of untreated psychosis and the distress, risk and disability associated with untreated psychosis.
- The first psychotic episode and the critical period of the early years following initial diagnosis deserves optimal, comprehensive and phase-specific treatment with continuity of care guaranteed.

This draft consensus statement identifies key principles in addressing current deficiencies for preventive intervention and proposes strategies to enhance clinical care. The statement has been developed with input from the 29 invited international consultants who gave feedback by the publication deadline. The guidelines were presented and ratified at the Third International Conference on Early Psychosis held in Copenhagen in September 2002.

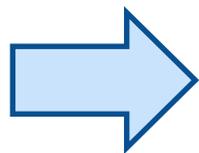
GENERAL STATEMENTS

- Early identification of people in the earliest phases of psychotic disorders combined with optimal treatment is likely to reduce the burden of disease. Early treatment of active psychosis is beneficial in its own right, but the possibility exists that it will also improve long-term outcomes and reduce the prevalence of psychotic disorders.
- Community-wide education should be encouraged to ensure that the public has a better understanding of the onset

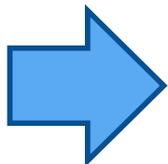


Les recommandations au niveau international

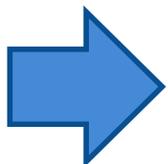
Les composantes essentielles de l'IP



Accès facile et rapide



**Traitements
spécialisés et adaptés**



**Continuité et coordination
des soins**

Accès facile et rapide

- Promotion de l'information et de la sensibilisation à la détection précoce
- Les services d'IP doivent intervenir rapidement pour 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 l'évaluation		Traitement dans les 7 ou 15 jours

Accessibilité : les gold standards



OFFER THE RANGE OF NICE RECOMMENDED TREATMENTS FOR PSYCHOSIS

DELIVER TREATMENT TO >50% OF PEOPLE WITHIN 14 DAYS

WHAT IS A NICE CONCORDANT EIP SERVICE?

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.

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
- formulation d'un plan thérapeutique axé sur le rétablissement, partagé et convenu avec le patient

Case-Management

- Gestion de cas intensive et de proximité (modèle communautaire dynamique)
- Accent sur l'engagement et l'alliance
- Relations étroites avec la famille du patient
- Prise de décision partagée
- Traitement flexible
- Durée minimale 2 ans

Traitements psychologiques

- TCC
- thérapie ou interventions 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

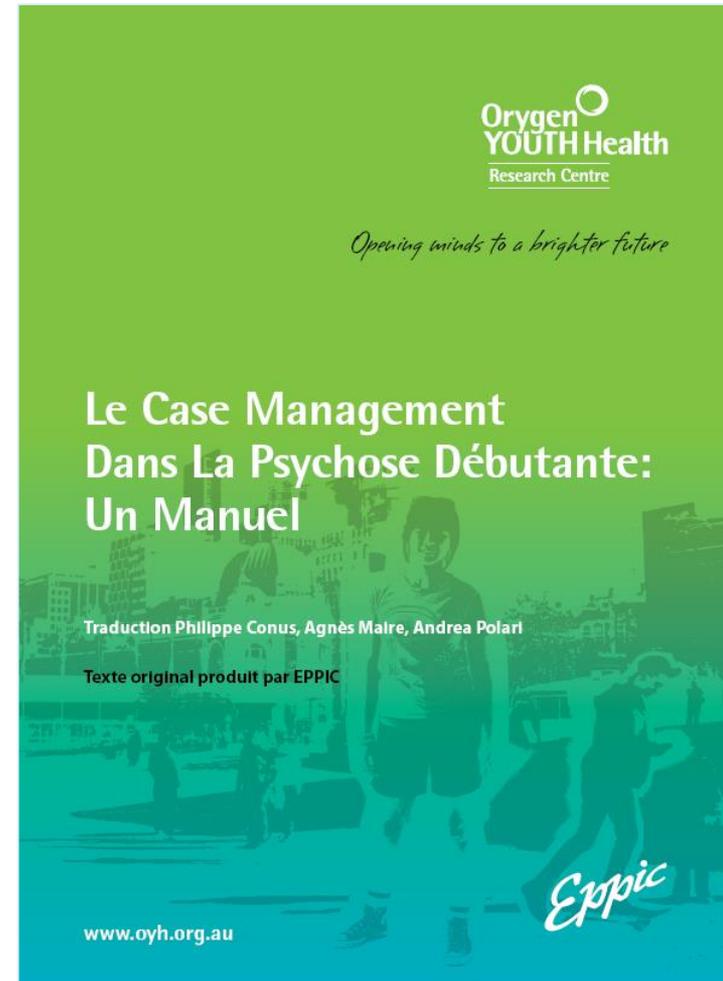
Soutien à la réinsertion professionnelle, scolaire et de maintien en emploi et aux études

- 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 l'interruption de l'emploi.
- 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 et une vision d'espoir et déstigmatisante.

Augmente l'adhésion aux soins: les programmes IP doivent viser à minimiser le taux d'abandon des soins à 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.

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 d'organiser d'abord des programmes pour les PEP et d'y associer des programmes 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'utilisateur 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.

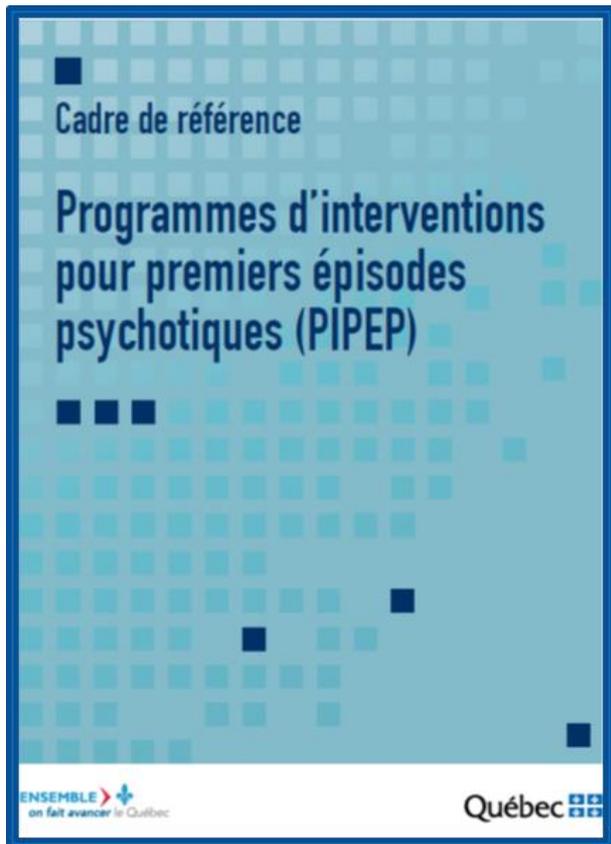
Ces travailleurs doivent faire partie intégrante de l'équipe clinique, et non une ressource externe.

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



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 maladie (...)»

P. McGorry 2005

MERCI!

