



santé mentale au Québec



PREMIERS ÉPISODES PSYCHOTIQUES :
DÉFIS PRATIQUES DE L'INTERVENTION PRÉCOCE

Directeur: François Lespérance

Directeur émérite: Yves Lecomte (TELUQ)

Rédactrice et rédacteur en chef: Mosaïque – Nadine Larivière (Université de Sherbrooke et CRIUSMM)
Thématiques – Marc Corbière (UQAM et CRIUSMM)

Comité de rédaction SMQ-2018: Leila Ben Amor, Charles Bonsack, Catherine Briand, Jean Caron, Marjory Clermont-Mathieu, Luigi De Benedictis, Martin Desseilles, Philippe Duverger, Marie-Josée Fleury, Nicolas Franck, Stéphane Guay, Marcel Jaeger, Louis Jehel, Steve Kisely, Pierre Lalonde, Tania Lecomte, Yves Lecomte, Alain Lesage, Gwénolé Loas, Thanh-Lan Ngô, Catherine Paquet, Jean-François Pelletier, Milena Pereira-Pondé, Hélène Provencher, Jean-Luc Roelandt, Jean-Jacques Ronald, Monique Séguin, Emmanuel Stip, Dominic Thibault, Constantin Tranulis, Jacques Tremblay, Martine Veilleux, John Ward

Responsable de la production: Jean-Marie Bioteau

Responsable du développement international: François Lespérance

Tableau de la couverture: Delphine Carufel, huile et acrylique sur toile, 76 cm × 62 cm, 2021,
Passer à travers l'abîme.

Merci à la Clinique JAP et au Département de Psychiatrie de l'hôpital communautaire Notre-Dame:
Dre Abdel-Baki, Dre Blain-Juste, Stéphanie, Marie-Ange et tous les membres des deux équipes. Le cachet pour utilisation de l'œuvre est versé à la Fondation du CHUM et de l'Hôpital Notre-Dame (Santé Urbaine) et aux Fonds Luc Nicole.

Pour communiquer avec la revue:

Téléphone: 514-993-2448

Adresse électronique: smq@umontreal.ca

Site Internet: www.revue-smq.ca

93^e numéro

ISBN epub: 978-2-9819563-5-4

ISBN autre: 978-2-9819563-4-7

ISBN PDF: 978-2-9819563-3-0

Les articles de la revue *Santé mentale au Québec* sont répertoriés dans PubMed, Medline, Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature, Index de la santé des services sociaux, INIST (Pascal), International Bibliography of The Social Sciences, International Current Awareness Services, Repère, Social Work Research and Abstracts, Sociological Abstracts, e-psyche, LLC, BDSP (banque de données en santé publique).



Créée en septembre 1976, *Santé mentale au Québec* est une revue d'orientation psychosociale, elle publie des articles de recherche expérimentale et d'innovation sociale. Elle a pour principal objectif de répondre aux besoins de développement des connaissances scientifiques, universitaires et cliniques.



**santé
mentale
au Québec**

Premiers épisodes psychotiques : défis pratiques de l'intervention précoce

Le dossier du présent numéro a été coordonné par Amal Abdel-Baki et Marc-André Roy avec la collaboration de Marc Corbière (rédacteur en chef, *Thématiques*) et Nadine Larivière (rédactrice en chef, *Mosaïque*)

Les lecteurs et lectrices sont invités à consulter le site Internet de *Santé mentale au Québec* à l'adresse suivante :
www.revue-smq.ca

Vous pouvez maintenant consulter en ligne l'intégralité des articles publiés depuis 1976 sur les sites suivants :
<http://www.erudit.org/revue/smq>

Sommaire

NUMÉRO THÉMATIQUE

Premiers épisodes psychotiques : défis pratiques de l'intervention précoce

- 10 Liste des abréviations et des sigles

ÉDITORIAL

- 13 De Kraepelin au tremplin de l'IEPA : avant-propos sur les premiers épisodes psychotiques et les prodromes
Emmanuel Stip

PRÉSENTATION

- 19 Intervenir auprès des jeunes atteints de premier épisode psychotique : un recueil de savoirs et d'expériences en francophonie québécoise
Amal Abdel-Baki et Marc-André Roy
- 23 De Kraepelin à McGorry : vision scientifique et récit expérientiel autour d'un changement de paradigme majeur
Marc-André Roy, David Olivier et Amandine Cambon
- 45 Détection et intervention précoce pour la psychose : pourquoi et comment ?
Bastian Bertulies-Esposito, Roxanne Sicotte, Srividya N. Iyer, Cynthia Delfosse, Nicolas Girard, Marie Nolin, Marie Villeneuve, Philippe Conus et Amal Abdel-Baki
- 85 L'état mental à risque : au-delà de la prévention de la psychose
Jean-François Morin, Jean-Gabriel Daneault, Marie-Odile Krebs, Jai Shah et Alessandra Solida-Tozzi
- 113 Une approche de la psychopharmacologie des premiers épisodes psychotiques axée sur le rétablissement
Laurent Béchar, Olivier Corbeil, Esthel Malenfant, Catherine Lehoux Emmanuel Stip, Marc-André Roy et Marie-France Demers

- 139 Les approches familiales en intervention précoce : repères pour guider les interventions et soutenir les familles dans les programmes d'intervention pour premiers épisodes psychotiques (PPEP)**
Marie-Hélène Morin, Anne-Sophie Bergeron, Mary Anne Levasseur, Srividya N. Iyer et Marc-André Roy
- 161 La réinsertion professionnelle et le retour aux études chez les personnes en début d'évolution d'un trouble psychotique**
William Pothier, Tania Lecomte, Caroline Cellard, Cynthia Delfosse, Stéphane Fortier et Marc Corbière
- 189 Comment aider les jeunes atteints de psychose à éviter l'itinérance ?**
Julie Marguerite Deschênes, Laurence Roy, Nicolas Girard et Amal Abdel-Baki
- 217 Les interventions psychosociales destinées aux personnes composant avec un premier épisode psychotique : une revue narrative et critique**
Elisabeth Thibaut, Delphine Raucher-Chéné, Laurent Lecardeur, Caroline Cellard, Martin Lepage et Tania Lecomte
- 249 *Mens sana in corpore sano* : l'intérêt de l'activité physique auprès des jeunes ayant eu un premier épisode psychotique**
Ahmed Jérôme Romain, Paquito Bernard, Florence Piché, Laurence Kern, Clairéline Ouellet-Plamondon, Amal Abdel-Baki et Marc-André Roy
- 277 Premier épisode psychotique et trouble de l'usage de substance concomitants : revue narrative des meilleures pratiques et pistes d'approches adaptées pour l'évaluation et le suivi**
Clairéline Ouellet-Plamondon, Amal Abdel-Baki et Didier Jutras-Aswad
- 307 Détecter et traiter les troubles comorbides aux premiers épisodes psychotiques : un levier pour le rétablissement**
Olivier Corbeil, Félix-Antoine Bérubé, Laurence Artaud et Marc-André Roy
- 331 Comment les services d'intervention précoce pour la psychose peuvent-ils mieux servir les migrants, les minorités ethniques et les populations autochtones ?**
Salomé M. Xavier, G. Eric Jarvis, Clairéline Ouellet-Plamondon, Geneviève Gagné, Amal Abdel-Baki et Srividya N. Iyer

- 365** L'union fait la force : initier un mouvement francophone national et international pour l'implantation de l'intervention précoce

*Bastian Bertulies-Esposito, Amal Abdel-Baki, Philippe Conus
et Marie-Odile Krebs*

- 391** Intervention précoce pour les premiers épisodes psychotiques d'hier à demain : comment relever les défis liés à son déploiement pour en maximiser les bénéfices ?

*Ashok Malla, Marc-André Roy, Amal Abdel-Baki, Philippe Conus
et Patrick McGorry*

MOSAÏQUE

- 417** Outils pédagogiques pour améliorer la relation thérapeutique des psychiatres et résidents en psychiatrie envers les patients souffrant de psychose : revue systématique

Laurie Pelletier, Sylvain Grignon et Kevin Zemour

LISTE DES ABRÉVIATIONS ET DES SIGLES

ACCESS EO	<i>Access Esprits ouverts</i>
ACSP	Agence canadienne de la santé publique
AMPQ	Association des médecins psychiatres du Québec
AP	Activité physique
APAP	Antipsychotique atypique à libération prolongée
APS	<i>Attenuated Psychotic Symptoms</i>
AQPPEP	Association québécoise des programmes des premiers épisodes psychotiques
ARMS	<i>At-risk mental state</i>
ASG	Antipsychotiques de seconde génération
BIPS	<i>Brief intermittent psychotic symptoms</i>
BLIPS	<i>Brief limited intermittent psychotic symptoms</i>
CAARMS	<i>Comprehensive Assessment of At-Risk Mental States</i>
CBD	Cannabidiol
CBTp	<i>Cognitive-behavioral therapy for psychosis</i>
Cégep	Collège d'enseignement général et professionnel
CFI	L'entretien de formulation culturelle
CHR	<i>Clinical high-risk</i>
CIUSSS	Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux
C'JAAD	Centre d'évaluation du jeune adulte et adolescent
CLSC	Centre local de services communautaires
CM	<i>Case management</i>
CNESM	Centre national d'excellence en santé mentale
COGDIS	<i>Cognitive Disturbances</i>
CPA	Association des psychiatres du Canada
CRD	Centre de réadaptation en dépendance
CSMC	Commission de la santé mentale du Canada
CSS	<i>Cultural Consultation Service</i> I – Service de consultation culturelle
DAVA	Développement des apprentissages à la vie adulte
DPNT	Durée de psychose non traitée (traduction de l'acronyme anglais DUP : <i>duration of untreated psychosis</i>)
ECR	Essai clinique randomisé
ECS	Entraînement cognitif social
EE	Émotions exprimées
EEAP	Écoute-Empathie-Accord-Partenariat

EIPN	<i>Early Intervention in Psychosis Network</i>
EIS	<i>Early detection and intervention services</i>
EM	Entretien motivationnel
EMR-P	État mental à risque de psychose
EPPIC	<i>Early Psychosis Prevention & Intervention Center</i>
ÉQIIP SOL	Équipe d'intervention intensive de proximité
ÉRC	Étude randomisée contrôlée
FACT	<i>Flexible Assertive Community Treatment</i>
FEP	<i>First-episode psychosis</i>
FEPP	<i>First-episode psychosis programs</i>
GHB	Gamma-hydroxybutyrate
GRD	<i>Genetic risk and deterioration syndrome</i>
GRIP	Groupe ment romand intervention précoce
HCRU	<i>Health Care Resource Utilization</i>
IEPA	Association internationale d'intervention précoce en santé mentale (IEPAf : branche francophone)
INESSS	Institut national d'excellence en santé et en services sociaux
IP	Intervention précoce
IIP	Initiatives d'intervention précoce
IPS	<i>Individual Placement and Support</i>
IPT	<i>Integrated Psychological Therapy</i>
IRSC	Institut de recherche en santé du Canada
JADE	Jeunes adultes avec troubles débutants
JAP	Jeune adulte psychotique
JPEP	Jeunes présentant un premier épisode psychotique
JPEPIIR	Jeunes vivant un premier épisode de psychose qui se retrouvent en situation d'itinérance ou d'instabilité résidentielle
MCT	<i>Metacognitive Training</i>
MSSS	Ministère de la Santé et des Services sociaux
NICE	<i>National Institute for Care Excellence</i>
NHS	<i>National Health System</i>
NIMHE	<i>National Institute for Mental Health in England</i>
NNT	Nombre nécessaire pour traiter
OCF	Guide de Formulation culturelle
OPUS	<i>Modified form of assertive community treatment for psychosis</i>
PACE	<i>Personal Assessment and Crisis Evaluation</i>
PAF	Pairs aidants famille
PANSS	<i>Positive and Negative Syndrome Scale</i>
PASM	Plan d'action en santé mentale

PEP	Premiers épisodes psychotiques
PEPS	Programme émotions positives pour la schizophrénie
PLEs	<i>Psychotic-like experiences</i>
PPEP	Programmes d'intervention précoce pour premier épisode psychotique
PQJ	Projet de qualification des jeunes
PSYRATS	<i>Psychotic Symptoms Rating Scale</i>
RAISE	<i>Recovery After an Initial Schizophrenia Episode</i>
RAMQ	Régie de l'assurance maladie du Québec
RC	Remédiation cognitive
RGD	Risque génétique avec détérioration
RIPAJ	Réseau d'intervention de proximité auprès des jeunes de la rue
SAR	Système apprenant rapide
SCARF	<i>Schizophrenia Research Foundation</i>
SCIT	<i>Social Cognition and Interaction Training</i>
SIIP	Suivi intensif en intervention précoce
SIM	Suivi intensif dans le milieu
SIP	Services d'intervention précoce
SIPS	<i>Structured Interview for Prodromal Syndromes</i>
SIV	Suivi d'intensité variable
SNLG	<i>Sistema Nazionale Linee Guida</i>
SPA	Symptômes psychotiques atténués
SPIB	Symptômes psychotiques intermittents brefs
SUD	<i>Substance use disorders</i>
SWEPP	<i>Swiss Early Psychosis Project</i>
TA	Thérapie par l'aventure
TCC	Thérapie cognitive comportementale (ou cognitivocomportementale)
TCCp	Thérapie cognitive comportementale pour la psychose
TDAH	Trouble déficitaire de l'attention avec ou sans hyperactivité
THC	Tétrahydrocannabinol (principale molécule active du cannabis)
TIPP	Traitement et intervention précoce dans les troubles psychotiques
TIPS	<i>The Treatment and Intervention in Psychosis</i>
TJAH	Trouble lié aux jeux de hasard et d'argent
TOC	Trouble obsessionnel compulsif
TPL	Trouble de personnalité limite
TSA	Trouble du spectre de l'autisme
TUS	Trouble de l'usage de substance
UHR-P	Ultra-haut risque pour la psychose

ÉDITORIAL

De Kraepelin au tremplin de l'IEPA : avant-propos sur les premiers épisodes psychotiques et les prodromes

Emmanuel Stip^a

Un tremplin c'est ce dont on se sert pour parvenir à quelque chose. Ce numéro de la revue *Santé mentale au Québec* (SMQ) va nous y aider. Quand on examine bien l'histoire des soins pour les premiers épisodes psychotiques au Québec, on découvre les premières traces du mouvement dans les années 80 en Abitibi-Témiscamingue à l'Hôpital de Malartic. En effet, à cette époque, l'Hôpital qui était un fervent promoteur de la psychiatrie communautaire avait un programme réservé aux patients qui présentaient un début de psychose ou de schizophrénie. Ce programme fut créé par le psychiatre Carlo Sterlin (Stip, 1988) et incluait des approches psychocorporelles et psychodynamiques, laissant une grande place à l'expression libre verbale et corporelle de la psychose. La philosophie du programme était cependant bien différente de celle qui prévaut désormais dans les programmes présentés par nos collègues australiens et qui ont donné naissance au mouvement international des cliniques pour les premiers épisodes psychotiques. Il est intéressant de constater qu'au sein de la francophonie les programmes basés sur les idées et le pragmatisme de Pat McGorry et coll. (<https://www.orygen.org.au/Campus/Expert-Network/Resources/Free/Clinical-Practice/Australian-Clinical-Guidelines-for-Early-Psychosis>)

a. Professeur de psychiatrie, chef du département universitaire, Université des Émirats arabes unis, Al-Aïn, EAU. Professeur émérite, Université de Montréal, Canada.

se sont bien développés au Québec, en France, en Suisse et en Belgique. Par exemple, en 1988, l'un de mes mentors, Pierre Lalonde, a fondé à Montréal la Clinique Jeunes Adultes offrant traitement et réadaptation à des jeunes en début de schizophrénie ainsi que du soutien et de l'information à leur famille. Plusieurs chercheurs québécois ont pu y puiser des données et des réflexions pour faire avancer leurs recherches portant sur la psychopharmacologie, la génétique, l'identification des besoins de soins, les émotions exprimées, la qualité des soins, la thérapie cognitive, etc. L'approche biopsychosociale bien instaurée dans cette clinique a servi d'inspiration à bon nombre de programmes similaires au Québec.

Ainsi au cours des 3 dernières décennies, il est certain qu'il y a eu un intérêt croissant pour le concept d'intervention précoce (IP) dans les troubles psychotiques, notamment la schizophrénie. Plusieurs axes de recherche sous-jacents à ce changement de paradigme ont bien émergé : a) une association souvent bien établie entre la durée de la psychose non traitée et l'évolution ; b) un ensemble de preuves de changements neurobiologiques progressifs au début de la schizophrénie, à la fois dans les phases prépsychotique et psychotique, comme en témoignent les études d'imagerie cérébrale dans la schizophrénie ; c) des données émergentes suggérant l'efficacité d'interventions plus socioéconomiques comme des programmes d'insertion en emploi, de soutien à l'emploi ou au retour aux études pour améliorer la destinée de ces jeunes patients. Les systèmes de services de santé mentale du monde entier, y compris les pays asiatiques, intègrent des programmes d'intervention précoce spécialisés. Ayant fréquenté tout au long de ma carrière des programmes d'intervention précoces en Abibiti, à Montréal, à Vancouver ainsi qu'en Normandie à Caen, j'ai pu être le témoin de nombreux défis que représente la prise en charge des premiers épisodes psychotiques (PEP), peu importe le lieu où l'on se trouve (milieu rural ou urbain, Québec, France, etc.). À ce sujet, on peut découvrir comment les différentes thématiques de ce numéro spécial de SMQ sont pertinentes. Dans les pays du Moyen-Orient, où j'œuvre actuellement, cela n'est pas encore bien développé et l'on constate quelques initiatives en Afrique. Les systèmes politiques, économiques et la grande diversité des finances et des couvertures de soins conditionnent la possibilité d'implanter de tels programmes à travers le monde. En outre, la place extrêmement présente du stigma dans les cultures du Moyen-Orient comme de l'Asie est à considérer pour ne pas échouer à développer de tels programmes. Si les modèles sont parachutés par l'Occident sans la prise en compte

du contexte des croyances et des cultures, il sera difficile de donner une crédibilité à la philosophie des interventions précoces. De même, tenir compte des différentes réalités sociopolitiques et d'organisation des soins de santé dans les différents pays de la francophonie est aussi primordial pour une mise en œuvre à large échelle.

Dans cet esprit, en préambule au congrès de l'Association des médecins psychiatres du Québec de 2019, fut lancé le premier colloque en langue française comme un premier acte de la branche francophone de l'Association internationale d'intervention précoce en santé mentale (IEPA). Au Québec, l'Association québécoise des programmes des premiers épisodes psychotiques (AQPPEP) a recensé à ce jour au moins 33 programmes. À ceci s'est ajoutée la nécessité de s'intéresser aux états mentaux à haut risque.

Dans ce continuum, en parallèle au développement de nouvelles stratégies soit de prévention soit thérapeutique avec les approches biopsychosociales et médicamenteuses, on a vu naître différentes échelles symptomatologiques pour aider la sémiologie et l'appréciation clinique des jeunes patients qui venaient se référer au programme de jeunes psychotiques. Une généalogie de tels outils de mesure a déjà été décrite et elle génère des besoins essentiels de créer des outils cliniques adaptés culturellement et utilisables facilement (Daneault et Stip, 2013). L'intégration d'approches théoriques, les études multicentriques et la présélection des patients avec des questionnaires courts ont été les principales stratégies pour améliorer les performances des outils de mesure évaluant le risque de conversion à la psychose. Ces outils sont plus aptes à prédire la conversion à la psychose que les variables conventionnelles dans un laps de temps plus limité et peuvent donc permettre l'évaluation de divers facteurs de risque et biomarqueurs pouvant être associés à la psychose. Si l'on définit la conversion à la psychose comme le passage d'un état sans trouble psychotique à un diagnostic de trouble psychotique, le développement d'outils pour évaluer le risque de conversion à la psychose rendrait possible l'identification des individus qui développeront une psychose avant que la maladie ne s'installe et donc avant que leur vie ne soit perturbée. Grâce à ces outils, ces personnes pourraient alors bénéficier de thérapies pour atténuer, retarder ou même prévenir les conséquences indésirables.

Au Québec un outil de mesure créé par la société québécoise de schizophrénie, le ReferOScope, a permis de faciliter le contact entre la famille et les personnes inquiètes et les équipes capables d'orienter ou d'apporter des réponses face à une situation ou un début de psychose

(<https://refer-o-scope.com>). Il s'agit d'un outil destiné aux parents, aux proches, aux divers intervenants ou aux professionnels de l'éducation et de la santé dans le but de les aider à identifier certains signes qui pourraient annoncer une psychose. Le questionnaire s'accompagne d'une recommandation pour faciliter les échanges futurs avec un intervenant ou un professionnel de la santé. Au niveau de la médication, en particulier des antipsychotiques, des algorithmes ont été modifiés pour inclure les antipsychotiques à longue action dès le début du premier épisode dans l'arsenal thérapeutique en vue d'améliorer les symptômes de cette jeune population, souvent susceptible de s'éloigner de l'observance médicamenteuse (Stip et coll., 2019).

Certains adolescents font l'expérience de ce que l'on appelle en anglais des PLEs : *Psychotic-like experiences*. Les PLEs sont définis comme des symptômes psychotiques subcliniques qui affectent les personnes qui ne réclament pas d'aide. Même avant le début du premier épisode de psychose, les personnes atteintes de PLEs présentent des altérations neurofonctionnelles associées au traitement des émotions. La recherche a montré une hétérogénéité importante des trajectoires de développement des PLEs au cours de l'adolescence, mais la signification clinique de cette hétérogénéité n'est toujours pas bien comprise. Les données d'imagerie par résonance magnétique fonctionnelle recueillies au cours d'une tâche de traitement de l'information des émotions faciales ont par exemple montré des liens entre les trajectoires, leurs relations avec les symptômes positifs ou négatifs et des réseaux neuroaux impliqués dans ce traitement émotionnel. Si l'on veut travailler sur les trajectoires, il convient en effet de comprendre leurs différences à tous les niveaux (Assaf et coll., 2021).

La légalisation du cannabis au Canada et dans d'autres juridictions donne aussi l'occasion de mieux explorer les effets à long terme exercés par cette drogue sur de jeunes individus présentant des profils de vulnérabilité différents. Des recherches antérieures suggèrent une association entre le cannabis et un certain nombre de problèmes de santé tels que les déficits cognitifs, les changements structurels dans le cerveau et un risque accru de souffrir d'anxiété, de dépression et de psychose. ProVenture est exemple de projet subventionné par l'Institut de recherche en santé du Canada (IRSC) pour mettre en lumière les mécanismes intervenant dans la relation entre le cannabis et de susceptibles effets indésirables. Par exemple, Bourque et coll. (2017) en suivant 2566 jeunes âgés de 13 à 16 ans et en utilisant une analyse de classe latente a confirmé 3 trajectoires de développement des PLEs dans un

échantillon de jeunes de la population générale. Et dans ces trajectoires la croissance des symptômes de dépression semblait contribuer à lier longitudinalement la consommation de cannabis et la PLE chez les adolescents; ce qui peut inciter à développer une stratégie duelle ciblant à la fois la diminution de la dépression et celle de la consommation.

En outre, Il devient primordial d'outiller les intervenants, et la formation continue est l'un des moyens abordables pour assurer une bonne qualité des soins et un meilleur rétablissement aux jeunes. C'est l'une des raisons d'être de l'IEPAf, et ce numéro spécial devient une façon d'informer les équipes de la francophonie et de les rassembler autour d'une même langue. On y discerne un intérêt commun à travailler et à partager dans notre langue, permettant ainsi à notre communauté francophone d'être bien au courant des avancées quant aux différentes composantes des services que nous contribuons à implanter. Fort heureusement, le numéro thématique ne néglige pas les liens avec l'immigration, les premières nations, l'autonomie en hébergement, l'itinérance et ceux empreints des autres comorbidités comme les troubles de personnalité et les troubles anxieux.

Dans ce domaine naturel du transfert du savoir, nous pouvons écrire dans notre belle langue et par là même partager des outils en français qui peuvent nous servir au sein de nos pratiques. La création d'une association francophone des programmes des premiers épisodes est une initiative passionnante et les articles qui figurent dans ce numéro témoignent de la pertinence de la réflexion et de la créativité au sein de ce mouvement global. Ils sont écrits dans un français clair et élaboré, parfois même en latin (*Mens sana in corpore sano*).

Mais la branche francophone de l'IEPA n'est ni une langue morte ni une vieille branche, mais une belle pousse. Kraepelin, en créant la démence précoce en 1887, ne songeait sans doute pas à l'intervention précoce. C'est fait, et comme le rappelle Marc-André Roy et ses collègues dans son chapitre *De Kraepelin à McGorry*, cette nouvelle pousse, ce nouveau paradigme, a déjà de belles feuilles vertes comme la transdisciplinarité, le rétablissement et le rejet de la vision pessimiste des troubles psychotiques. Félicitations à tous ces auteurs, mais aussi surtout à tous ces jeunes qui sont parties prenantes de cette floraison.

Je voudrais terminer par ce récent souvenir. J'allais dans un bureau de vote à Montréal pour m'exprimer comme citoyen à des élections. Je faisais la queue devant la porte d'entrée de la salle de votation. La jeune femme qui était juste devant moi dans la ligne se retourna et me sourit. « Eh, salut, Dr Stip, vous me reconnaissez ? » Après un très bref

moment de récupération mnésique, je la reconnus et lui ai redemandé son prénom pour être sûr. C'était bien elle. Quatre ans auparavant, elle avait été hospitalisée pour un premier épisode psychotique, bien difficile, rompant avec tous les siens, ses études, etc. Pas mal « maganée », comme on dit au Québec, et parfois suicidaire. Elle fut suivie ensuite pendant 2 ans au programme des premiers épisodes, avec notre équipe multidisciplinaire, son intervenante pivot, des réunions de groupes et de famille, une aide avec une bourse offerte par la clinique pour reprendre ses études, un pilulier électronique pour pas qu'elle oublie, une remédiation cognitive pour être plus flexible, un stage avec un organisme de reprise de travail et une carte de membre dans un club de sport avec piscine. Elle avait causé avec un pair aidant. Elle était venue aux réunions avec ses parents et maintenant, elle voyait son médecin de famille de temps en temps. Elle travaillait. Elle avait un *chum* stable. En cinq minutes, elle me mettait au courant de sa vie. Et là, nous étions tous les deux en ligne pour juste accomplir un geste de citoyen. « Eh ! Dr Stip, vous allez voter pour qui ? » C'est mon secret lui répondis-je en souriant. « En tout cas, c'est cool, merci, dit-elle, bonjour à l'équipe ».

Juste un tremplin...

RÉFÉRENCES

- Assaf, R., Ouellet, J., Bourque, J., Stip, E., Leyton, M., Conrod, P. et Potvin, S. (2021). Neural Alterations of Emotion Processing in Atypical Trajectories of Psychotic-Like Experiences. *NPJ Schizophrenia*. In Press.
- Bourque, J., Afzali, M.H., O'Leary-Barrett, M. et coll. (2017). Cannabis use and psychotic-like experiences trajectories during early adolescence: the coevolution and potential mediators. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 58, 1360-1369.
- Daneault, J. G. et Stip, E. (2013). Genealogy of instruments for prodrome evaluation of psychosis. *Frontiers in psychiatry*, 4, 25.
- Orygen. (2016). *Australian Clinical Guidelines for Early Psychosis (2nd ed)*. Orygen, The National Centre of Excellence in Youth Mental Health.
- Stip E. (1988). Entretien avec Carlo Sterlin, Psychose, corps et transition. Santé mentale et psychiatrie communautaire en Abitibi-Témiscamingue. *Transitions*, 25, 62-68.
- Stip, E., Abdel-Baki, A., Roy, M. A., Bloom, D. et Grignon, S. (2019). Antipsychotiques à Action Prolongée: Révision de l'algorithme QAAPAPLE. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 64(10), 697-707.

PRÉSENTATION

Intervenir auprès des jeunes atteints de premier épisode psychotique : un recueil de savoirs et d'expériences en francophonie québécoise

Marc-André Roy^a et Amal Abdel-Baki^b

Rédacteur et rédactrice invités

C'est à la suggestion de notre mentor visionnaire, le Dr Emmanuel Stip, que nous nous sommes lancés dans la rédaction du présent numéro thématique, appuyés par le comité exécutif de l'Association québécoise des programmes pour premiers épisodes psychotiques (AQPPEP). Ces écrits arrivent dans le contexte d'une dissémination rapide des programmes premier épisode psychotique (PPEP) partout dans le monde, notamment dans la francophonie. Constatant les défis rencontrés dans l'implantation des composantes essentielles des PPEP, il nous est apparu nécessaire d'offrir des écrits francophones pour guider cette mise en œuvre, plus particulièrement pour les équipes de terrain.

Nous avons choisi de donner une couleur particulière à ce numéro thématique, résolument « prático-pratique », mettant l'accent sur le

-
- a. MD Psychiatre, M. Sc., FRCPC, Professeur titulaire, Faculté de médecine, Université Laval — Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de la Capitale-Nationale (Institut universitaire en santé mentale de Québec) — Centre de recherche CERVO, Québec.
 - b. Professeure titulaire, Département de psychiatrie et d'addictologie, Université de Montréal — Psychiatre, chef du Service de santé mentale jeunesse et de la Clinique JAP du Centre hospitalier de l'Université de Montréal (CHUM) — Chercheure, Centre de recherche du CHUM, Montréal — Présidente de l'AQPPEP.

comment-faire, notamment grâce au partage de l'expérience clinique des auteurs, lorsque pertinent, et à l'utilisation de vignettes cliniques pour illustrer leurs propos. Cette application clinique s'appuie sur la présentation de solides assises scientifiques, avec des bibliographies incluant les plus récentes publications clés, ainsi que des références en français, lorsque disponibles. Parfois très explicitement, parfois de façon plus implicite, les articles reflètent les valeurs animant l'intervention précoce, notamment le caractère proactif des interventions, la *youth friendliness*, la nécessité de susciter l'espoir chez les patients et leurs proches, et l'adoption du rétablissement des jeunes comme cible principale des interventions.

Les thématiques ont été choisies quant à leur pertinence pour les activités cliniques, que ce soit sur le plan du travail au quotidien ou de l'expérience personnelle dans la pratique. À tout seigneur tout honneur, l'initiateur de ce projet le Dr Emmanuel Stip nous offre l'avant-propos. Ensuite, trois psychiatres (Roy, Olivier, Cambon) partagent leur expérience du passage à l'intervention précoce, et le changement que cela a représenté pour eux. Après que Bertulies-Esposito et coll. eurent exposé les grandes composantes de l'intervention précoce auprès de PEP, J.-F. Morin et coll. abordent un volet en amont du PPEP, soit l'évaluation et l'intervention auprès des états mentaux à risque. Ensuite, une série d'interventions incluses dans l'intervention précoce sont tour à tour abordées, soit la psychopharmacologie (Bécharde et coll.), l'intervention familiale (M.-H. Morin et coll.), le soutien à l'emploi ou à la scolarisation (Pothier et coll.), les diverses approches psychosociales (Thibaudeau et coll.), ainsi que la promotion et le soutien à la pratique de l'activité physique et d'autres saines habitudes de vie (Romain et coll.). Ensuite, l'identification et le traitement intégré de diverses comorbidités sont abordés, d'abord la toxicomanie (Ouellet-Plamondon et coll.) puis d'autres, soient les troubles anxieux, la dépression, les troubles de personnalité, les troubles du jeu de hasard et d'argent, et le trouble déficitaire de l'attention (Corbeil et coll.). L'adaptation des soins aux besoins des minorités culturelles sont abordées (Xavier et coll.), eu égard au caractère de plus en plus multiethnique de nos sociétés, tout comme le soutien aux jeunes en situation d'itinérance ou à risque de l'être (Deschênes et coll.). Le stade de mise en œuvre dans les quatre pays francophones est raconté (Bertulies-Esposito et coll.), et, finalement, les défis à relever sont soulignés par un groupe d'auteurs incluant des pionniers et leaders internationaux de l'intervention précoce, en particulier les Drs Malla, et McGorry (Malla et coll.).

Des auteurs ont été approchés pour chacun de ces articles, parmi les experts québécois possédant une solide expertise sur les thématiques retenues, en leur laissant la latitude de s'adjoindre des coauteurs de leur choix. Collectivement, ces auteurs reflètent une grande diversité des stades de carrière, allant de personnes en formation jusqu'à des experts ayant dédié une longue carrière à l'intervention précoce. Cette diversité se retrouve aussi en ce qui concerne les professions dont ils sont issus, qui incluent différents types de professionnels en santé mentale (médecins psychiatres, ergothérapeutes, psychologues, travailleurs sociaux, infirmières, pharmaciens, pairs aidants, patients et familles partenaires, etc.) et des professeurs-chercheurs de carrière, regroupant ainsi des connaissances scientifiques, de l'expérience clinique et du savoir expérientiel. Bien que la majorité soit des Québécois francophones, nous avons inclus quelques cousins d'outre-Atlantique, et nous avons porté attention à ce que le contenu des articles soit pertinent pour des collègues d'autres lieux de la francophonie que le Québec.

Ces articles s'adressent à un large public de cliniciens de diverses professions, d'étudiants et de stagiaires œuvrant auprès de cette clientèle, tant sur le plan des soins que de la recherche. Ce recueil d'articles nous semble un outil précieux de formation continue, que ce soit comme introduction à la matière pour tous ceux qui commencent en intervention précoce, ou comme mise à jour pour des professionnels plus expérimentés.

Au terme de cet exercice, nous estimons que le document représente celui que nous aurions tous voulu lire quand nous avons commencé en intervention précoce, en particulier au moment du démarrage d'un PPEP. Il constitue aussi un outil qui sera utile à tous, expérimentés ou non, au jour le jour, pour affronter les défis de la pratique. Notre vœu le plus cher est qu'il permette au lecteur d'être mieux outillé pour soutenir le rétablissement de ces jeunes qui composent au quotidien avec les défis de la maladie. Nous remercions d'ailleurs la revue *Santé mentale au Québec* de nous avoir donné l'occasion de publier ce numéro spécial.

De Kraepelin à McGorry : vision scientifique et récit expérientiel autour d'un changement de paradigme majeur

Marc-André Roy^a

David Olivier^b

Amandine Cambon^c

RÉSUMÉ Objectifs Jusqu'au début des années 1990 prévalait une vision pessimiste des troubles psychotiques, nourrie par la perspective kraepelinienne. L'intervention précoce a alors introduit un nouveau paradigme, abordant les psychoses comme un phénomène plus malléable, pour lequel le rétablissement est possible, pour peu qu'on utilise une approche appropriée. Ce paradigme n'ayant pas pénétré tous les champs de la psychiatrie, les professionnels commençant en intervention précoce vivent parfois un véritable choc culturel, l'objectif de cet article étant d'en cartographier les contours, afin de faciliter cette transition.

Méthodes Sur la base de leur connaissance de la littérature et leur expérience clinique, les auteurs font ressortir les aspects qui distinguent la pratique de l'intervention précoce de la pratique traditionnelle avec les troubles psychotiques. Ils adoptent une approche expérientielle de ces thématiques, les abordant non seulement à la lumière de la littérature scientifique, mais aussi et surtout à la première personne du singulier.

Résultats Les aspects identifiés, et qui ont fait consensus entre les trois auteurs, ont été regroupés selon 7 thématiques : 1. L'adoption d'une pratique axée sur le

a. MD Psychiatre, M. Sc., FRCP, Professeur titulaire, Faculté de médecine, Université Laval – Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de la Capitale-Nationale (Institut universitaire en santé mentale de Québec) – Centre de recherche CERVO, Québec.

b. MD Psychiatre, FRCP CIUSSS de la Mauricie-et-du-Centre-du-Quebec.

c. MD Psychiatre, Clinique Aufréry, Pin-Balma, France.

rétablissement et le rejet de la vision pessimisme des troubles psychotiques, qui recentrent la pratique sur les objectifs de vie de la personne, ceci s'accompagnant d'un style d'approche différent ; 2. La transdisciplinarité et le métissage des expertises, que ce soit avec les autres membres des équipes, les organismes communautaires et les familles, ce qui nécessite humilité et ouverture ; 3. Les changements quant à l'approche pharmacothérapeutique, caractérisée par une attention accrue aux effets indésirables, l'utilisation de doses moins élevées, une utilisation proactive de la clozapine et l'utilisation fréquente des antipsychotiques injectables à longue action ; 4. La nécessité de tolérer une certaine incertitude diagnostique eu égard aux difficultés à poser un diagnostic précis, et la présence de comorbidités complexes qui viennent brouiller le tableau ; 5. La pression liée à la période critique, caractérisée par des enjeux importants, tel le risque de suicide ou de désinsertion sociale, qui entraînent une pression sur le clinicien ; 6. L'importance des relais dans la trajectoire de soins, notamment entre la psychiatrie de l'adolescence et celle des adultes, puis entre l'intervention précoce vers d'autres services ; 7. La résistance au changement à laquelle fait parfois face l'intervention précoce, son importance n'étant pas toujours reconnue, et son implantation pouvant bousculer les services en place.

Conclusion Les différences entre le mode traditionnel de pratique auprès des personnes composant avec un trouble psychotique et celui de l'intervention précoce sont multiples ; si elles représentent autant de défis, elles sont aussi des sources de stimulation et de satisfaction considérables.

MOTS CLÉS premier épisode psychotique, schizophrénie, psychose, période critique, suicide, interdisciplinarité, trajectoire de soins, alliance thérapeutique, pharmacothérapie, rétablissement, approche intégrée

From Kraepelin to McGorry: Scientific Vision and Experiential Narrative around a Major Paradigmatic Shift

ABSTRACT Objectives Until the early 1990s, a pessimistic view of psychotic disorders, based on the Kraepelinian perspective, prevailed. Early intervention then introduced a new paradigm, approaching psychosis as a more dynamic phenomenon, for which recovery is possible, provided an appropriate approach is used. As this paradigm has not penetrated all fields of psychiatry, professionals starting in early intervention sometimes experience a real culture shock, the objective of this article being to map its contours in order to facilitate this transition.

Methods Based on their knowledge of the literature and their clinical experience, the authors will highlight the aspects that distinguish early intervention practice from traditional practice with psychotic disorders. They adopt an experiential approach to these themes, addressing them not only in light of the scientific literature, but also and especially in the first person of the singular.

Results The aspects identified and agreed upon by the three authors were grouped into seven themes: 1. the adoption of a recovery-oriented practice and the rejection of the pessimistic view of psychotic disorders, which refocuses practice on the person's life goals; this is accompanied by a different style of approach; 2. Transdisciplinarity and cross-fertilization of expertise with other team members, community organizations and families, which requires humility and openness; 3. Changes in the pharmacotherapeutic approach, characterized by increased attention to adverse effects (e.g., treatment-induced negative symptoms), the use of lower doses, and the proactive use of clozapine and long-acting injectable antipsychotics; 4. The need to tolerate some diagnostic uncertainty given the difficulties in making an accurate diagnosis, and the presence of complex co-morbidities that blur the picture; 5. The high stakes of the critical period, characterized by high stakes, such as the risk of suicide or social disinsertion, which put pressure on the clinician; 6. The importance of relays in the care trajectory, particularly between adolescent and adult psychiatry, and then between early intervention and other services; 7. The resistance to change that early intervention sometimes faces, as its importance is not always recognized, and its implementation can challenge existing services.

Conclusion The differences between the traditional mode of practice with persons with a psychotic disorder and that of early intervention are numerous; while they represent challenges, they are also sources of considerable stimulation and satisfaction.

KEYWORDS first psychotic episode, schizophrenia, psychosis, critical period, suicide, interdisciplinarity, care trajectory, therapeutic alliance, pharmacotherapy, recovery, integrated approach

Objectifs

Jusqu'au début des années 1990, une vision pessimiste des troubles psychotiques prévalait, nourrie par la perspective kraepelinienne, puisque la description de la démence précoce par Kraepelin et certains de ses prédécesseurs a grandement influencé la formulation des critères diagnostiques de la schizophrénie à partir du *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux* (DSM-III). En accord avec cette perspective, la schizophrénie était vue comme une maladie nécessairement sévère, d'origine essentiellement neurodéveloppementale (Murray, 1994); le devenir des personnes était inéluctablement déterminé par des facteurs génétiques ou des événements prénataux. Bref, l'espoir du rétablissement était absent, et la survenue d'une évolution favorable amenait une remise en question du diagnostic: ça ne pouvait être « un

vrai schizophrène»... Non sans une certaine autodérision, après s'être éloigné de cette vision, Robin Murray, l'un des principaux chercheurs à avoir élaboré cette conceptualisation neurodéveloppementale, l'a par la suite résumée dans la formule *doomed from the womb*, c'est-à-dire, condamné dès la conception (Murray, 2017).

Heureusement, la vision kraepelinienne a été progressivement mise à mal. Premièrement, plusieurs études de suivi à long terme démontrèrent qu'au moins le tiers des personnes avec un diagnostic de schizophrénie, posé avec rigueur selon les critères contemporains, présentait une évolution favorable allant à l'encontre du prototype kraepelinien (Harding, Brooks, Ashikaga, Strausset Breier, 1987). Deuxièmement, l'arrivée des antipsychotiques de deuxième génération (Marder, 1992), par leur moindre propension à induire des effets extrapyramidaux handicapants, permit à des cliniciens de réaliser qu'un diagnostic de schizophrénie était compatible avec un potentiel de rétablissement. Troisièmement, l'émergence des thérapies cognitivo-comportementales contribua à changer la façon de concevoir la psychose, puisqu'on a démontré qu'il était possible d'atténuer la sévérité de certaines de ses manifestations grâce à une approche basée sur un dialogue socratique (Sensky et coll., 2000). Quatrièmement, alors qu'on pensait que le cerveau changeait peu à partir de la fin de l'adolescence, les neurosciences mirent en lumière sa remarquable plasticité, même chez l'adulte.

C'est dans ce contexte qu'a germé l'idée qu'une intervention rapide et intensive offerte dès le premier épisode psychotique (PEP), adaptée aux besoins spécifiques des jeunes et axée sur le rétablissement, permettrait d'améliorer la trajectoire des personnes concernées (McGorry, 1993). C'est cette idée qui est au cœur des programmes PEP (PPEP), aussi appelés programmes d'intervention précoce. Ainsi, Birchwood et coll. (1998) nommèrent « période critique » la période des premières années de la maladie pendant laquelle l'application d'une telle intervention précoce pourrait durablement améliorer le pronostic des troubles psychotiques. Ensuite, les données de recherche appuyant l'efficacité de l'approche PPEP se sont accumulées (Correll et coll., 2018; Petersen et coll., 2005). Ceci mena le Québec, après, notamment, l'Australie, le Royaume-Uni, le Danemark et l'Ontario, à décider d'implanter des PPEP sur l'ensemble de son territoire, et à encadrer cette implantation avec un Cadre de Référence basé sur les meilleures pratiques dans le domaine (ministère de la Santé et des Services sociaux, 2018).

Ainsi s'est cristallisé un nouveau paradigme pour aborder les troubles psychotiques. Or, ce changement de paradigme et l'évolution

des pratiques qui en découlent n'ont pas complètement fait disparaître la vision kraepelinienne, qui demeure étonnamment répandue, voire dominante. Ainsi, pour les soignants, ayant été imprégnés de cette vision, le début d'une pratique en intervention précoce peut nécessiter une adaptation considérable. L'objectif de cet article est d'en cartographier les contours, offrant une perspective expérientielle aux propos des autres articles du présent numéro.

Méthodes

Chacun des auteurs a d'abord dressé une liste exhaustive des éléments caractérisant son expérience de la pratique avec des PEP et la distinguant de ses autres expériences cliniques. Par la suite, ils ont partagé ces enjeux, établissant un consensus quant à ceux qui étaient les plus importants. Ensemble, ils ont regroupé ces défis par thèmes, visant à la fois la parcimonie quant à leur nombre, la cohésion thématique entre les éléments regroupés, et l'exhaustivité, de sorte que tous les éléments retenus se retrouvent sous l'un ou l'autre des thèmes. Ces thèmes sont abordés à tour de rôle, d'abord avec une brève description des aspects qu'ils englobent et par un survol de la littérature pertinente, puis avec une illustration au moyen de vignettes cliniques inspirées de situations cliniques réelles (par souci de confidentialité, les noms des personnes concernées ont été modifiés). Les auteurs ont tenu 6 rencontres et ont eu de nombreux échanges écrits permettant de suivre un processus itératif pour graduellement raffiner les contours de chaque thème.

Les 3 auteurs ont accédé à la pratique en PPEP dans des contextes très différents. Avant de démarrer un PPEP, en 1997, le premier, Marc-André Roy (MAR), pratiquait une psychiatrie traditionnelle, presque asilaire, et il adhérait à la vision kraepelinienne. Il n'avait pas été formé à l'approche PPEP, qui était alors peu balisée; bref, il a appris «sur le tas». Le second, David Olivier (DO), est parti du Québec à la fin de sa résidence en 2005, après une initiation dans un PPEP, pour sauter dans le bain de l'intervention précoce à Melbourne en Australie, point central de ce mouvement. Depuis son retour au Québec, un an plus tard, il pratique dans un PPEP en région semi-rurale. Finalement, la troisième, Amandine Cambon (AC), a quitté la France après une formation assez traditionnelle de la prise en charge des psychoses, afin de s'initier à l'intervention précoce avec une équipe bien établie au Québec, pour ensuite retourner en France dans un milieu où elle cherche à démarrer un PPEP. Si le premier auteur avait préalablement

prononcé des conférences relatant sa propre expérience, il a été jugé nécessaire d'ajouter la perspective de collègues ayant des parcours différents afin d'élargir la portée du propos.

Résultats

Sept thèmes ont été identifiés. Les 4 premiers concernent des particularités du mode d'intervention en PPEP, le cinquième porte sur les impacts pour les cliniciens en PPEP découlant de l'ampleur des enjeux auxquels ils font face, et les 2 derniers sont relatifs à la place des PPEP dans le système de santé.

1. L'adoption d'une pratique axée sur le rétablissement

L'intervention précoce se base donc sur un paradigme contrastant avec la vision kraepelinienne. Ceci se traduit par une vision différente des personnes traitées, par l'adoption de pratiques axées sur le rétablissement, offertes dans une ambiance optimiste, ce qui oriente la personnalisation des soins en fonction d'un seul objectif, soit l'atteinte des objectifs de vie de la personne (Vigneault, 2019a). Ainsi, l'objectif n'est plus simplement de stabiliser la maladie, mais plutôt de permettre à la personne de retrouver une vie satisfaisante.

L'adoption du rétablissement comme cible des interventions doit s'accompagner d'un style d'interaction favorisant l'autonomie de la personne (*empowerment*), celle-ci étant au cœur de la définition du rétablissement (Slade et coll., 2014). En effet, l'approche médicale paternaliste, qui s'attend à ce que la personne se comporte en « bon patient » et suive les recommandations du médecin, est vouée à l'échec avec des jeunes comme ceux que l'on rencontre souvent dans les PPEP qui, généralement, ne reconnaissent pas souffrir de psychose, et sont dans une phase d'individuation les rendant moins dociles face à l'autorité. Ainsi, l'intervention précoce est caractérisée par un haut degré de proactivité et un accent marqué sur l'établissement de l'alliance thérapeutique, ce qui implique de se rendre plus facilement accessible et d'adopter un style d'interaction moins formel, le tout dans un esprit d'optimisme thérapeutique (ministère de la Santé et des Services sociaux, 2018). Tout ceci demande une souplesse peu répandue dans nos réseaux de santé: il faut accepter de sortir de sa zone de confort.

Parfois, cependant, le soutien au rétablissement peut nécessiter des interventions coercitives, qui sont un peu un contre-emploi pour des cliniciens axés sur le rétablissement; elles doivent, évidemment,

être utilisées le moins possible (Quintal, 2013a), mais les passer sous silence risquerait de brosser un portrait trop idyllique de l'intervention précoce.

GARDER SA COULEUR (AC):

« Avant de faire une première manie psychotique, Céline finance ses études universitaires par des emplois de serveuse qui donnent lieu à de nombreuses fêtes, consommations et rencontres. Elle connaissait déjà la bipolarité à travers le parcours de sa mère depuis ses 10 ans, entre soins imposés, refus de traitement et conséquences familiales dévastatrices. Durant la première année de suivi, Céline vient à ses rencontres avec l'équipe une à plusieurs fois par semaine. Avec son *case manager* et son médecin, elle traverse la colère initiale et s'approprie les ressources pour éviter une nouvelle décompensation au moment de ses examens ou lors d'une rupture, profitant ainsi du bénéfice de l'application directe des outils de prévention de la rechute. Elle poursuit ses études et pour la première fois valide son année. Elle maintient la vie sociale riche et festive qu'elle souhaitait tout en considérant ses propres limites. »

LE SOIGNÉ DEVENU SOIGNANT (DO):

« Philippe subit un abus sexuel puis vit plusieurs épisodes psychotiques successifs, marqués par des délires mystiques et des hallucinations auditives. Il agresse même physiquement sa mère pendant l'un d'eux et doit être hospitalisé. En cours de participation au PPEP, des changements s'opèrent progressivement chez lui. Il cesse la consommation de drogues et réalise l'importance de maintenir la prise d'antipsychotiques afin de retourner sur le marché du travail. Une décennie plus tard, lui qui rêvait d'être policier, travaille maintenant comme agent de sécurité et s'est réconcilié avec sa famille. Il peine à rencontrer l'âme sœur et entend encore parfois la vierge Marie s'adresser à lui, mais il est très satisfait de sa vie et il est fier du chemin parcouru, en particulier quand ses employeurs l'assignent à la sécurité... d'une unité de soins psychiatriques ! »

CONTRAINTES ET RÉTABLISSEMENT, PARFOIS COMPATIBLES (MAR):

« Rodrigue avait été référé à notre clinique, mais il ne s'est pas présenté au rendez-vous offert. Au second rendez-vous, j'ai accepté de rencontrer ses parents sans lui, ce qui était vu, pour la plupart des professionnels, comme impossible, pour des raisons de confidentialité. Ils m'ont décrit un tableau compatible avec celui d'un PEP. À la demande des parents, je me suis présenté au domicile, où Rodrigue a finalement accepté de me rencontrer, ce qui m'a permis de constater qu'il était effectivement en

psychose. À la suite de cette rencontre, nous avons pu le traiter grâce à l'obtention d'une ordonnance d'autorisation de soins (c.-à-d. un jugement autorisant un établissement de soins à prescrire un traitement à une personne contre son gré, généralement pour une durée de 1 à 3 ans). Sous traitement, il a pu reprendre sa vie sociale, il occupe un emploi qu'il aime, et se dit maintenant satisfait de sa vie.»

SAVOIR PATINER (DO):

«Malgré le bon lien avec l'équipe de soins et en particulier avec son intervenante pivot (*case manager*) qui se déplace chez lui et l'aide dans ses démarches de recherche d'emploi, Zachary refuse la pharmacothérapie et présente un nouvel épisode maniaque avec caractéristiques psychotiques. Durant l'hospitalisation qui s'ensuit, il maintient son refus et une demande d'ordonnance d'autorisation de soins malgré son refus est envisagée. Amateur de hockey sur glace, il arrose régulièrement la patinoire dans la cour de l'établissement où il est hospitalisé. Un jour, Zachary et son psychiatre conviennent d'aller jouer au hockey en fin de journée sur "sa" patinoire. Au fil des passes échangées et des opportunités de compter que l'un offre à l'autre, tous deux prennent un plaisir authentique à jouer ensemble. Cela marque un point tournant dans la relation et Zachary accepte la prise de médication et les recours légaux sont écartés. Deux ans plus tard, l'alliance thérapeutique reste solide et, bien que doutant toujours d'avoir souffert de psychose, Zachary adhère au traitement pharmacologique et chaque rendez-vous médical est une occasion de se remémorer cette rencontre sur la patinoire.»

2. La transdisciplinarité et le métissage des expertises

La multiplicité des dimensions sur lesquelles l'approche PPEP doit intervenir pour optimiser son soutien au rétablissement des personnes se reflète dans la diversité des approches utilisées, qui doivent nécessairement reposer sur un certain degré de transdisciplinarité. En effet, il est impossible, pour un même professionnel, de maîtriser complètement des champs aussi divers que la pharmacothérapie, le soutien à l'emploi, la thérapie cognitivo-comportementale, l'intervention familiale, etc. Ainsi, il doit y avoir un métissage des expertises au sein des équipes, entre autres, par la voie (voix) des pairs-aidants qui apportent l'indispensable expertise propre au vécu expérientiel (ministère de la Santé et des Services sociaux, 2018). Ce métissage doit aller au-delà des équipes de soins, notamment avec les partenaires du réseau ou des organismes communautaires, ainsi que les familles. Ceci nécessite, pour tous les membres de l'équipe, une bonne dose d'humilité et d'ouverture. Pour le médecin, en particulier, le leadership qu'il exerce,

eu égard aux responsabilités qui lui incombent, doit s'accompagner d'un soutien à l'autonomie de chaque professionnel.

HENRI AU CŒUR DE L'ÉQUIPE (AC):

« Après 2 années de consommations de drogues et d'instabilité, Henri est isolé, déprimé et se sent rapidement persécuté. Créer la rencontre a été le premier défi. Les rencontres initiales avec le pair aidant de l'équipe ont permis d'accéder à des échanges informels avec son *case manager* puis à la participation aux groupes, initialement impossible, après des années de grande précarité. La rencontre avec sa famille a été déterminante pour nourrir le désir d'Henri de se stabiliser et de construire un projet à moyen terme. L'équipe du lieu de vie a été intégrée au plan de soins et les accompagnements extérieurs ont été privilégiés, permettant à Henri de traiter l'anxiété sociale résiduelle en s'exposant aux autres, et sa consommation de drogues a été réduite par l'intégration à l'emploi stable. L'intrication des problématiques d'Henri a nécessité une vision globale constamment réactualisée et a été pour l'équipe un défi de créativité dans les démarches d'aides. La mise en commun de tous ces acteurs a exigé des échanges constants entre eux et avec Henri. »

ENRICHIR SES COMPÉTENCES (DO):

« Claudia est ergothérapeute en région. On lui offre de devenir intervenante pivot du PPEP à temps complet. Elle hésite à délaisser sa pratique plus traditionnelle de l'ergothérapie. Elle craint de perdre sa spécificité comme ergothérapeute et que son ordre professionnel lui reproche de s'intéresser à des enjeux qui n'ont pas fait partie de sa formation, tels que la médication psychotrope et les enjeux systémiques des patients, qui sont primordiaux pour une intervenante pivot. Quelques années plus tard, elle considère que les compétences transversales que lui ont transmises d'autres membres de l'équipe sont de puissants leviers pour permettre à ses patients d'atteindre leurs objectifs de rétablissement, et elle apprécie que ses collègues reconnaissent ses compétences spécifiques dans l'évaluation fonctionnelle des jeunes du programme. »

3. Les changements quant à l'approche pharmacothérapeutique

Traditionnellement, la pharmacothérapie des troubles psychotiques met l'accent sur l'efficacité, en particulier en ce qui a trait aux symptômes positifs (Iyer et coll., 2013a). Ceci contraste avec la priorité des personnes concernées, qui est de se rétablir sur les plans fonctionnel et personnel, ce qui est particulièrement vrai chez les jeunes avec un PEP, qui ne se sont pas résignés à ne pas y arriver (Iyer et coll., 2013b). Ainsi, pour les PEP, la pharmacothérapie doit adopter une vision globale,

visant à soutenir le rétablissement et, surtout, à ne pas lui nuire par des effets indésirables (Quintal, 2013b). L'actualisation de cet objectif est rendue plus difficile par le fait que les données probantes qui orientent les pratiques en pharmacothérapie des psychoses proviennent surtout d'essais cliniques randomisés de phase III dans lesquels on retrouve peu de personnes avec un PEP.

Or, les études démontrent que, comparée aux personnes avec plusieurs années d'évolution et ayant vécu plusieurs épisodes psychotiques, la population PEP se distingue sur plusieurs aspects (Malla, 2021). En ce qui concerne l'efficacité, les doses nécessaires pour maîtriser les symptômes sont moindres (Merlo et coll., 2002), et l'atteinte de la rémission complète ou presque de la psychose peut être obtenue dans une grande majorité des cas (Agid et coll., 2011). En termes de prévention de rechute, la supériorité des antipsychotiques injectables à longue action sur ceux par voie orale est plus marquée (Subotnik et coll., 2015). Dans les cas de résistance au traitement, le taux de réponse à la clozapine est plus élevé (Agid et coll., 2011; Leclerc et coll., 2021; Williams et coll., 2017). Pourtant, les antipsychotiques injectables à longue action et la clozapine sont souvent réservés à des personnes ayant de nombreuses années de traitement et ayant eu un parcours très difficile. En ce qui concerne les effets indésirables, le gain de poids est particulièrement élevé pendant les premières années de traitement (Foley et Morley, 2011; Malla et coll., 2016), et la propension à développer des effets extrapyramidaux est accrue. Ainsi, la prescription d'antipsychotiques pour des PEP nécessite de modifier les habitudes acquises avec des personnes à des stades plus tardifs de la maladie (Vigneault, 2019b). Notre expérience nous prouve que la prise en compte de cette spécificité peut avoir des effets considérables sur le devenir des personnes.

HOMÉOPATHIE OU PSYCHIATRIE? (MAR):

« Josée présente un trouble délirant de jalousie qui menace sa relation de couple. Elle a mal toléré quelques antipsychotiques pourtant à doses modestes. L'aripiprazole est initié, mais elle ne tolère pas plus que 1 mg/jour, car au-delà son anxiété augmente. L'aripiprazole est néanmoins poursuivi, car il montre une efficacité partielle, même si beaucoup de psychiatres jugeraient impossible qu'une dose aussi faible puisse être efficace (la dose recommandée par la monographie étant de 15 à 30 mg), ce qui les mènerait à l'interrompre; j'avoue m'être demandé quel jugement portait son pharmacien communautaire quand elle faisait remplir ses ordonnances... Elle participe aussi à une thérapie cognitivo-

comportementale, son mari bénéficie de l'intervention familiale, bref, les médicaments sont combinés aux autres modalités de traitement; ainsi, le délire disparaît complètement. Quelques années plus tard, elle et son mari vivent toujours ensemble. Elle est mère de deux enfants et travaille comme professionnelle à temps plein, collaborant à l'occasion aux projets de la clinique.»

SE RÉTABLIR GRÂCE À LA CLOZAPINE (DO):

« Yannick est un jeune étudiant ayant dû cesser sa fréquentation scolaire en raison d'hallucinations et de délires mystiques. Deux essais d'antipsychotiques ayant échoué à contrer les hallucinations qui le poussent à s'isoler et l'empêchent de se concentrer, il accepte de démarrer la Clozapine. Rapidement, avec de faibles doses, l'intensité de ses symptômes psychotiques diminue et il arrive à entreprendre une démarche de remédiation cognitive en neuropsychologie. Les résultats sont remarquables, et il parvient au cours des 3 années suivantes à compléter son diplôme d'études collégiales et à reprendre une vie sociale active notamment via des activités sportives au cégep. »

4. Tolérer une certaine incertitude diagnostique

Plusieurs études ont démontré un degré important d'instabilité diagnostique au cours des premières années de la maladie (Consoli et coll., 2014; Fusar-Poli et coll., 2016). Des personnes peuvent passer d'une catégorie diagnostique à une autre au fur et à mesure qu'on a accès à plus d'information, ou que les épisodes subséquents ajoutent au tableau du PEP. Aussi, plusieurs études montrent maintenant qu'une proportion importante des personnes avec un diagnostic initial de psychose induite par les substances verront ce diagnostic révisé pour celui de trouble psychotique primaire (Arendt et coll., 2005). Ajoutées à ceci, des comorbidités peuvent brouiller le tableau. Cette instabilité diagnostique est l'une des justifications pour accepter dans les PPEP un large spectre de diagnostics, et elle oblige le clinicien à relativiser l'importance accordée à la catégorie diagnostique précise, et à faire preuve de modestie quant à ses conclusions diagnostiques (McGorry, 1994). Dans les communications avec les jeunes, plusieurs d'entre nous préfèrent utiliser le terme « psychose » plutôt que de spécifier le diagnostic plus précis, ce qui suffit généralement pour guider la pharmacothérapie, qui s'organise autour d'un antipsychotique. Aussi, pour individualiser le traitement, l'accent sera mis sur la caractérisation précise des symptômes et des comorbidités exerçant un impact sur le rétablissement de la personne.

AU-DELÀ DES APPARENCES (AC):

« Marie était passée plus de 20 fois aux urgences avec une demande d'hébergement et/ou des idées suicidaires et à quelques occasions, parce qu'elle était désorganisée et en proie à des hallucinations lors des intoxications (amphétamine, THC, alcool). Dans ce qu'elle livrait aux urgences, elle décrivait une vie instable, des fugues, des scarifications, une période de prostitution évoquant un trouble de personnalité limite et des épisodes de psychose induite. Devant une bizarrerie de contact persistante et la répétition des passages aux urgences sans résultat, elle est hospitalisée par l'équipe PEP. Au sein du service, elle reste repliée et mutique en chambre plusieurs semaines, le visage couvert d'une serviette afin de limiter la réception d'ondes sataniques. Avec le temps, elle livre un délire mystique installé depuis plus de 2 ans aux lourdes conséquences. L'amélioration partielle sous antipsychotique et l'amorce d'une alliance autorisent des sorties accompagnées qui mettent en évidence l'ampleur des hallucinations l'amenant à fuir de manière répétée et désordonnée depuis des années, en trouvant des solutions souvent précaires et dangereuses. »

5. La pression liée aux enjeux de la période critique

Comme nous l'avons souligné, la « période critique » en est un de grands enjeux pour les personnes concernées, notamment parce que le risque de suicide est à son maximum pendant les premières années de maladie (Dutta et coll., 2010), et parce que dans l'année précédant le diagnostic, le taux annuel d'homicide est 15,5 fois supérieur à celui des années subséquentes (Nielssen et Large, 2010). Pour le clinicien, ceci se traduit par une pression accrue face au risque que surviennent des événements tragiques ou qu'il assiste à des processus de désinsertion sociale, alors que l'espoir d'éviter de telles issues est la raison d'être des PPEP. Les situations où l'on peut aider à franchir un cap difficile et participer à l'amélioration de la vie d'un jeune procurent une grande satisfaction, ceci pouvant nécessiter de prendre des risques calculés à court terme afin de nourrir une alliance thérapeutique garante de collaboration et terreau de rétablissement à plus long terme. Mais on ne peut éviter toutes les tragédies, elles surviennent parfois, et, lorsque c'est le cas, leur impact sur les soignants peut être amplifié par les espoirs qu'ils entretenaient.

UNE DÉLICATE GESTION DU RISQUE (AC):

« Paul a commis de nombreuses agressions sur des personnes sous-tenues par un délire de persécution associé à des hallucinations auditives

sexuelles. Sa réticence, son absence de conscience des troubles et ses consommations massives de benzodiazépines et de psychostimulants font de chaque rencontre un moment imprévisible. Les rencontres se font en binôme et la gestion d'une possible agitation est systématiquement anticipée. Au fil du suivi, Paul retrouve un logement stable et aussi un emploi. Alors que la situation semble apaisée et qu'une embauche lui est proposée, Paul consomme et en 2 jours reprend ses comportements violents jusqu'à casser l'un des murs du bureau d'entrevue avec son skateboard. Notre sentiment d'avoir baissé trop vite la garde et de s'être mis en danger nous a amenés à repenser l'équilibre entre sécurité de l'équipe et maintien du soin, l'enjeu étant de ne pas glisser vers une hypersécurisation du suivi, alimentant ainsi ses idées de persécution, et de restaurer une confiance vigilante. »

QUAND LA TRAGÉDIE NOUS FRAPPE (DO):

« Bastien est à l'aube de la vingtaine lorsqu'il s'isole progressivement et développe un délire de persécution et des hallucinations auditives. Dès les premières rencontres avec l'équipe de soins, il évoque lui-même qu'il puisse souffrir de schizophrénie et mentionne ne pas souhaiter vivre avec cette condition. Malgré le traitement antipsychotique et l'éducation psychologique visant notamment à maintenir l'espoir, les pulsions suicidaires prennent de l'ampleur et Bastien doit être hospitalisé contre son gré. Il devient très hermétique face à l'équipe traitante, il ne parle plus de ses symptômes psychotiques et il convainc finalement un juge qu'il ne représente pas un danger pour lui-même, ce qui lui permet de quitter l'hôpital. Moins d'une semaine après sa sortie de l'hôpital, il met fin à ses jours. L'équipe vivra de la colère et de la culpabilité, et deviendra pour un temps "hypervigilante" face aux présentations semblables. »

6. L'importance des relais dans la trajectoire de soins

L'intervention précoce repose notamment sur l'espoir qu'après l'éclosion de la psychose, la mise en place rapide d'une intervention intensive adaptée aux besoins des jeunes influence durablement l'évolution des personnes touchées (Birchwood et coll., 1998). Les études réalisées depuis tempèrent cet enthousiasme, en mettant en lumière que les avantages dont bénéficiaient les jeunes ayant connu l'intervention précoce par rapport aux groupes de comparaison tendaient à s'atténuer après la fin des services (Bertelsen et coll., 2008 ; Malla et coll., 2017). Ceci exige des cliniciens une attention particulière quant au continuum de soins, que ce soit lors de la transition de PPEP pour adolescents vers des soins pour adultes (Poletti et coll., 2020), ou lors du passage d'un PPEP vers des services autres. La façon de réaliser de telles transitions

n'étant toujours pas, à ce jour, très bien balisée. Ce sont des situations à risque pour des ruptures de suivi, et parfois surviennent aussi des ruptures quant à la philosophie de soins, qui peuvent nuire à la trajectoire de rétablissement de la personne.

LE RISQUE D'UN RETOUR EN ARRIÈRE (MAR):

«Après leur épisode de soins dans notre PPEP, nos jeunes sont orientés vers d'autres collègues, qui préconisent parfois des approches très différentes des nôtres, ce qui peut rendre cette transition délicate. Ainsi, lorsqu'il a rencontré son nouveau psychiatre, un de nos jeunes s'est vu imposer un passage à la trifluoperazine, alors qu'il allait très bien avec une dose modeste d'aripiprazole, sous prétexte que selon son nouveau psychiatre, cette dernière molécule n'était pas un antipsychotique efficace. La personne a supplié ma collègue de la reprendre en suivi, ce qu'elle a accepté, ne pouvant se résoudre à ce que les progrès accomplis par cette jeune ne soient mis en péril par cette transition.»

UN RELAIS RÉUSSI (DO):

«Malgré beaucoup d'instabilité résidentielle, Maxime est suivi tant bien que mal par un PPEP d'une grande ville. Un jour, il ne se présente pas pour recevoir son antipsychotique injectable et on apprend qu'il a déménagé chez sa mère en région éloignée. Son intervenant pivot contacte le PPEP de sa nouvelle région qui, sans processus d'évaluation, entre en contact avec Maxime, lui attribue un psychiatre, et fait le lien avec l'équipe de suivi intensif dans le milieu qui, dans cette région, est en charge de suivre une personne aussi instable et ayant d'aussi grands besoins. Rapidement, il reçoit l'injection antipsychotique nécessaire et il est permis de croire que la célérité avec laquelle les PPEP ont collaboré l'a empêché de tomber entre les mailles du filet et de présenter une rechute psychotique. Le partage d'une philosophie commune d'intervention entre les PPEP a semblé être un atout majeur dans la réussite de ce relais de soins malgré la distance géographique.

7. La résistance au changement

Les changements de paradigme et de pratiques propres à l'intervention précoce, comme tout autre changement, ne peuvent faire autrement qu'entraîner des résistances. Parfois, la collision survient au plan de divergences profondes quant au modèle de compréhension des sources des troubles psychotiques, par exemple, entre une vision psychanalytique et une vision intégrant les aspects biologiques. Les pratiques peuvent être vues comme dérangeantes; elles bousculent le sentiment de bien faire les choses des personnes en place. Aussi, les

PPEP nécessitent des investissements de ressources considérables, ce qui peut créer une certaine compétition avec d'autres composantes du réseau, évidemment peu enclines à renoncer à ces ressources. Ainsi, les professionnels doivent apprendre à composer avec ces résistances (McGorry et coll., 2018).

LÂCHER PRISE? (DO):

« Robert, psychiatre d'un PPEP où les cibles de prise en charge rapide ne sont pas atteintes, refuse qu'un patient référé soit rencontré par un intervenant du PPEP avant qu'il ne l'ait lui-même évalué afin de déterminer s'il sera ou non accepté au programme. Il explique qu'il craint la responsabilité qui lui incomberait en tant que psychiatre du PPEP si la personne commettait un geste grave après avoir été rencontrée par un intervenant du programme. Il veut donc absolument évaluer lui-même la dangerosité que peut présenter chaque patient qui intègre le programme, retardant ainsi l'accès au suivi dont cette personne a besoin, même si d'autres intervenants du programme sont capables d'évaluer l'état mental en attendant l'évaluation médicale, et d'assumer la responsabilité de leur conduite suite à l'évaluation. »

TRAVERSÉE DE L'ATLANTIQUE (AC):

« Portée par l'élan d'une année passée dans un PPEP de Montréal, le projet de mettre en place un PPEP me paraissait aussi nécessaire que réalisable. Dans une agglomération étudiante d'un million d'habitants, l'intérêt suscité par l'intervention précoce auprès des médecins comme des soignants est important. Cependant, les ressources budgétaires toujours limitées nous ont amenés à noyer nos rencontres dans la rédaction de demandes de financement régulièrement infructueuses. Nous avons donc pris le parti de commencer à moyens constants et avons dû faire preuve de créativité pour combiner certaines interventions (familiales, thérapie cognitivo-comportementale) entre plusieurs établissements. Ici, nous nous sommes heurtés à un système de soin cloisonné auprès duquel notre programme paraissait trop pragmatique pour être scientifiquement valide, ou trop optimiste pour être réaliste, ou encore trop inquiétant par sa transversalité et la perte de l'hypercontrôle médical. Si les soutiens des réseaux tels l'IEPA francophone et le Réseau Transition sont essentiels pour communiquer et progressivement mettre en place notre programme, nous souhaitons que se manifeste une volonté politique d'implanter des PPEP et que leur mise en place cesse d'être soumise aux aléas des orientations locales. Parfois, j'envie mes collègues québécois et leur Cadre de Référence pour les PPEP... »

Conclusions

Le présent article a exposé de manière succincte quelques caractéristiques marquantes de la pratique en intervention précoce, et a illustré comment celles-ci ont bousculé la façon de pratiquer des auteurs. Ceux-ci ont témoigné de 3 perspectives différentes, ayant vécu leur premier contact avec l'intervention précoce à des moments et dans des contextes très différents, mais ils ont néanmoins connu les mêmes enjeux. Cela dit, le nombre limité de personnes impliquées et le fait que seuls des psychiatres aient participé à la rédaction limitent nécessairement l'universalité des propos. Ainsi, la littérature révisée, de façon narrative plutôt que systématique, est illustrée de récits cliniques propres à la pratique de psychiatres en PPEP. Ce faisant, certains enjeux abordés ici sont propres à leur rôle, par exemple en ce qui concerne le diagnostic ou la décision d'imposer des mesures coercitives; nous estimons néanmoins que le partage de cette réflexion avec des professionnels autres que des psychiatres permet de soutenir la cohérence des interventions offertes en équipe et la transdisciplinarité des pratiques. De plus, si la saillance de ces enjeux sera inévitablement influencée par l'enseignement formel reçu ou la vision transmise plus ou moins implicitement lors de stages cliniques, il est probable que la plupart des cliniciens impliqués auprès de gens souffrant de psychose y seront confrontés tôt ou tard.

Au total, ces données et ces vignettes illustrent la validité du concept de période critique comme étant une période charnière dans la trajectoire des personnes composant avec un trouble psychotique et étaient les raisons pour lesquelles un modèle de traitement spécifique doit être offert à ces jeunes. Même si nous devons reconnaître que les enjeux exposés ici ne sont pas nécessairement spécifiques à l'intervention précoce, cette dernière se caractérise par l'intensité que prennent ces enjeux, par leur omniprésence dans la pratique et par leur simultanéité. La vignette en encadré illustre la simultanéité et l'intensité de ces enjeux (vignette 1).

VIGNETTE 1

ODETTE, UNE MÈRE-COURAGE

(MAR): Après des années marquées par une importante consommation de drogues et une vie plutôt instable, Odette développe une schizophrénie catatonique. Lors des premiers essais d'antipsychotiques, ses symptômes catato-

niques, qui auraient pu être facilement confondus avec des symptômes négatifs, s'accroissent, comme j'ai souvent observé dans de telles présentations. Ainsi, nous optons pour la quetiapine, en raison de l'absence de réaction extrapyramidale, et nous arrivons à contrôler ses symptômes psychotiques, et ce, sans aggraver les manifestations catatoniques. Aussi, elle a cessé de consommer des drogues, elle collabore au suivi, et ne présente plus d'impulsivité notable.

Cependant, elle demeure fragile; alors qu'elle vit avec un homme violent, qui abuse de drogues, elle tombe enceinte, ce qui, évidemment, suscite chez nous de grandes inquiétudes. Mais comme elle exprime le souhait de garder son enfant, cet objectif devient aussi le nôtre, même si la partie n'est pas gagnée d'avance. Elle quitte son conjoint après qu'il se soit montré violent à son égard; elle demande et obtient un interdit de contact. Ceci nous permet, dans les 2 mois précédant l'accouchement, d'aider Odette à trouver un milieu de vie où elle pourra s'occuper de son enfant. Au moment de l'accouchement, une liaison avec le service d'obstétrique est rapidement réalisée, notamment pour s'assurer que le plan d'augmentation importante de la dose d'antipsychotique soit effectué afin d'éviter une possible rechute psychotique liée aux changements hormonaux majeurs qui surviennent après l'accouchement. Un signalement à la Protection de la jeunesse est alors effectué par des intervenants ne faisant pas partie du PPEP.

A priori, l'orientation préconisée par la Protection de la jeunesse était de placer le bébé, le temps d'évaluer les compétences parentales d'Odette, mais la participation de la travailleuse sociale au processus permet d'éviter une telle mesure. Mais la situation s'avère lourde; Odette est soumise à un encadrement strict, dans lequel on lui impose plusieurs conditions. Sous les exigences de la Protection de la jeunesse, elle doit demeurer avec sa mère, ce qu'Odette trouve difficile, compte tenu des tensions qui ont déjà affecté leur relation; elle se demande parfois pourquoi on fait autant confiance à sa mère, et aussi peu à elle; à ce jour, elle a le sentiment d'avoir été victime de préjugés. Il y a beaucoup de monde dans son dossier: sa travailleuse sociale et moi; sa mère; l'équipe de la Protection de la jeunesse; l'équipe du CLSC qui la soutient dans son rôle de mère. Néanmoins, Odette se montre d'une grande patience, face à toutes ces contrariétés, même si elle constate, avec raison, que son diagnostic lui vaut des préjugés, et qu'elle a le fardeau de prouver ses capacités parentales. Mais, progressivement, la supervision s'allège peu à peu. Son enfant est avec elle à temps plein. La Protection de la jeunesse met fin à son suivi.

Odette se montre une mère exemplaire; l'attachement avec son enfant est évident. Elle terminera bientôt un secondaire professionnel. Elle a maintenant un conjoint, qui a connu des moments difficiles, mais a lui aussi mis de l'ordre dans sa vie, et avec qui elle envisage d'avoir un enfant. La rencontre de fin de suivi PPEP ressemble surtout à une discussion entre trois parents, bien plus qu'à une rencontre clinique. Le psychiatre n'a pu se résoudre à l'adresser à d'autres services, il assurera le suivi post PEPP.

Les différences entre le mode traditionnel de pratique auprès des personnes vivant avec un trouble psychotique établi depuis longtemps et celui de l'intervention précoce sont multiples; si elles représentent autant de défis, elles sont aussi des sources de stimulation et de satisfaction professionnelles et personnelles considérables. Les changements de pratique identifiés dans cet article peuvent être déstabilisants au départ, mais embrasser ces changements plutôt que d'y résister peut amener des bénéfices non seulement pour les soignés, mais aussi pour les soignants. Ainsi, ces derniers doivent être préparés à ce changement et en être pleinement conscients.

RÉFÉRENCES

- Agid, O., Arenovich, T., Sajeew, G., Zipursky, R. B., Kapur, S., Foussias, G. et Remington, G. (2011). An algorithm-based approach to first-episode schizophrenia: response rates over 3 prospective antipsychotic trials with a retrospective data analysis. *J Clin Psychiatry*, 72(11), 1439-1444. doi:10.4088/JCP.09m05785yel
- Arendt, M., Rosenberg, R., Foldager, L., Perto, G. et Munk-Jorgensen, P. (2005). Cannabis-induced psychosis and subsequent schizophrenia-spectrum disorders: follow-up study of 535 incident cases. *Br J Psychiatry*, 187, 510-515. doi:10.1192/bjp.187.6.510
- Bertelsen, M., Jeppesen, P., Petersen, L., Thorup, A., Ohlenschlaeger, J., le Quach, P., ... Nordentoft, M. (2008). Five-year follow-up of a randomized multicenter trial of intensive early intervention vs standard treatment for patients with a first episode of psychotic illness: the OPUS trial. *Arch Gen Psychiatry*, 65(7), 762-771. doi:10.1001/archpsyc.65.7.762
- Birchwood, M., Todd, P. et Jackson, C. (1998). Early intervention in psychosis. The critical period hypothesis. *Br J Psychiatry Suppl*, 172(33), 53-59. Retrieved from <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9764127>
- Consoli, A., Brunelle, J., Bodeau, N., Louet, E., Deniau, E., Perisse, D., ... Cohen, D. (2014). Diagnostic transition towards schizophrenia in adolescents with severe bipolar disorder type I: an 8-year follow-up study. *Schizophr Res*, 159(2-3), 284-291. doi:10.1016/j.schres.2014.08.010
- Correll, C. U., Galling, B., Pawar, A., Krivko, A., Bonetto, C., Ruggeri, M., ... Kane, J. M. (2018). Comparison of Early Intervention Services vs Treatment as Usual for Early-Phase Psychosis: A Systematic Review, Meta-analysis, and Meta-regression. *JAMA Psychiatry*, 75(6), 555-565. doi:10.1001/jamapsychiatry.2018.0623
- Dutta, R., Murray, R. M., Hotopf, M., Allardyce, J., Jones, P. B. et Boydell, J. (2010). Reassessing the long-term risk of suicide after a first episode of psychosis. *Arch Gen Psychiatry*, 67(12), 1230-1237. doi:10.1001/archgenpsychiatry.2010.157

- Foley, D. L. et Morley, K. I. (2011). Systematic review of early cardiometabolic outcomes of the first treated episode of psychosis. *Arch Gen Psychiatry*, 68(6), 609-616. doi:10.1001/archgenpsychiatry.2011.2
- Fusar-Poli, P., Cappucciati, M., Rutigliano, G., Heslin, M., Stahl, D., Brittenden, Z., ... Carpenter, W. T. (2016). Diagnostic Stability of ICD/DSM First Episode Psychosis Diagnoses: Meta-analysis. *Schizophr Bull*, 42(6), 1395-1406. doi:10.1093/schbul/sbw020
- Harding, C. M., Brooks, G. W., Ashikaga, T., Strauss, J. S. et Breier, A. (1987). The Vermont longitudinal study of persons with severe mental illness, II: Long-term outcome of subjects who retrospectively met DSM-III criteria for schizophrenia. *Am J Psychiatry*, 144(6), 727-735. doi:10.1176/ajp.144.6.727
- Iyer, S., Banks, N., Roy, M.-A., Tibbo, P., Williams, R., Manchanda, R., ... Malla, A. (2013a). A qualitative study of experiences with and perceptions regarding long-acting injectable antipsychotics: Part I-patient perspectives. *Can J Psychiatry*, 58(5 Suppl 1), 14S-22S. doi:10.1177/088740341305805s03
- Iyer, S., Banks, N., Roy, M.-A., Tibbo, P., Williams, R., Manchanda, R., ... Malla, A. (2013b). A qualitative study of experiences with and perceptions regarding long-acting injectable antipsychotics: part II-physician perspectives. *Can J Psychiatry*, 58(5 Suppl 1), 23S-29S. doi:10.1177/088740341305805s04
- Leclerc, L. D., Demers, M.-F., Bardell, A., Bilodeau, I., Williams, R., Tibbo, P. et Roy, M.-A. (2021). A Chart Audit Study of Clozapine Utilization in Early Psychosis. *J Clin Psychopharmacol*. doi:10.1097/JCP.0000000000001384
- Malla, A., Joobar, R., Iyer, S., Norman, R., Schmitz, N., Brown, T., ... Abadi, S. (2017). Comparing three-year extension of early intervention service to regular care following two years of early intervention service in first-episode psychosis: a randomized single blind clinical trial. *World Psychiatry*, 16(3), 278-286. doi:10.1002/wps.20456
- Malla, A., Mustafa, S., Rho, A., Abadi, S., Lepage, M. et Joobar, R. (2016). Therapeutic effectiveness and tolerability of aripiprazole as initial choice of treatment in first episode psychosis in an early intervention service: A one-year outcome study. *Schizophr Res*, 174(1-3), 120-125. doi:10.1016/j.schres.2016.04.036
- Marder, S. R. (1992). Risperidone: clinical development: north American results. *Clin Neuropsychopharmacol*, 15 Suppl 1 Pt A, 92A-93A. doi:10.1097/00002826-199201001-00049
- McGorry, P. (1993). Early psychosis prevention and intervention centre. *Australas Psychiatry*, 1(1), 32-34. doi:10.3109/10398569309081303
- McGorry, P. D. (1994). The influence of illness duration on syndrome clarity and stability in functional psychosis: does the diagnosis emerge and stabilise with time? *Aust N Z J Psychiatry*, 28(4), 607-619. doi:10.1080/00048679409080784
- McGorry, P. D., Ratheesh, A. et O'Donoghue, B. (2018). Early Intervention-An Implementation Challenge for 21st Century Mental Health Care. *JAMA Psychiatry*, 75(6), 545-546. doi:10.1001/jamapsychiatry.2018.0621
- Merlo, M. C., Hofer, H., Gekle, W., Berger, G., Ventura, J., Panhuber, I., ... Marder, S. R. (2002). Risperidone, 2 mg/day vs. 4 mg/day, in first-episode, acutely psychotic patients: treatment efficacy and effects on fine motor functioning. *J Clin Psychiatry*, 63(10), 885-891. doi:10.4088/jcp.v63n1006

- Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2018). *Cadre de référence: Programmes d'interventions pour premiers épisodes psychotiques (PPEP)*. (978-2-550-81930-1). Québec: La Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux Retrieved from <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2018/18-914-12W.pdf>
- Murray, R. M. (1994). Neurodevelopmental schizophrenia: the rediscovery of dementia praecox. *Br J Psychiatry Suppl*(25), 6-12. Retrieved from <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/7865195>
- Murray, R. M. (2017). Mistakes I Have Made in My Research Career. *Schizophr Bull*, 43(2), 253-256. doi:10.1093/schbul/sbw165
- Nielssen, O. et Large, M. (2010). Rates of homicide during the first episode of psychosis and after treatment: a systematic review and meta-analysis. *Schizophr Bull*, 36(4), 702-712. doi:10.1093/schbul/sbn144
- Petersen, L., Jeppesen, P., Thorup, A., Abel, M. B., Ohlenschlaeger, J., Christensen, T. O., ... Nordentoft, M. (2005). A randomised multicentre trial of integrated versus standard treatment for patients with a first episode of psychotic illness. *BMJ*, 331(7517), 602. doi:10.1136/bmj.38565.415000.E01
- Poletti, M., Pelizza, L., Azzali, S., Paterlini, F., Garlassi, S., Scazza, I., ... Raballo, A. (2020). Overcoming the gap between child and adult mental health services: The Reggio Emilia experience in an early intervention in psychosis program. *Early Interv Psychiatry*. doi:10.1111/eip.13097
- Quintal, M. L., Vigneault, L., Demers, M.-F., Cormier, C., Champoux, Y., Marchand, L., Roy, M.-A., Wallot, H.A.,. (2013a). Le fragile équilibre entre l'autonomie et le devoir de protection. In *Je suis une personne, pas une maladie!: la maladie mentale l'espoir d'un mieux-être*, (pp. 337). Longueuil (Québec): Performance Édition.
- Quintal, M. L., Vigneault, L., Demers, M.-F., Cormier, C., Champoux, Y., Marchand, L., Roy, M.-A., Wallot, H.-A.,. (2013b). Le médicament au service du rétablissement de la personne. In *Je suis une personne, pas une maladie!: la maladie mentale l'espoir d'un mieux-être* (pp. 174-199). Longueuil (Québec): Performance Édition.
- Sensky, T., Turkington, D., Kingdon, D., Scott, J. L., Scott, J., Siddie, R., ... Barnes, T. R. (2000). A randomized controlled trial of cognitive-behavioral therapy for persistent symptoms in schizophrenia resistant to medication. *Arch Gen Psychiatry*, 57(2), 165-172. doi:10.1001/archpsyc.57.2.165
- Slade, M., Amering, M., Farkas, M., Hamilton, B., O'Hagan, M., Panther, G., ... Whitley, R. (2014). Uses and abuses of recovery: implementing recovery-oriented practices in mental health systems. *World Psychiatry*, 13(1), 12-20. doi:10.1002/wps.20084
- Subotnik, K. L., Casaus, L. R., Ventura, J., Luo, J. S., Helleman, G. S., Gretchen-Doorly, D., ... Nuechterlein, K. H. (2015). Long-Acting Injectable Risperidone for Relapse Prevention and Control of Breakthrough Symptoms After a Recent First Episode of Schizophrenia. A Randomized Clinical Trial. *JAMA Psychiatry*, 72(8), 822-829. doi:10.1001/jamapsychiatry.2015.0270

- Vigneault, L., Demers, M.-F. (2019a). L'intervention précoce. In P. Édition (Ed.), *Cap sur le rétablissement: Exiger l'excellence dans les soins en santé mentale* (pp. 49-58). Canada.
- Vigneault, L., Demers, M.-F. (2019b). Le traitement pharmacologique. In P. Édition (Ed.), *Cap sur le rétablissement: Exiger l'excellence dans les soins en santé mentale* (pp. 59-84). Canada.
- Williams, R., Malla, A., Roy, M.-A., Joober, R., Manchanda, R., Tibbo, P., ... Agid, O. (2017). What Is the Place of Clozapine in the Treatment of Early Psychosis in Canada? *Can J Psychiatry*, 62(2), 109-114. doi:10.1177/0706743716651049

Détection et intervention précoce pour la psychose : pourquoi et comment ?

Bastian Bertulies-Esposito^a

Roxanne Sicotte^b

Srividya N. Iyer^c

Cynthia Delfosse^d

Nicolas Girard^e

Marie Nolin^f

Marie Villeneuve^g

Philippe Conus^h

Amal Abdel-Bakiⁱ

-
- a. Département de psychiatrie et d'addictologie, Université de Montréal – Centre de recherche du CHUM, Montréal – Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal.
 - b. Département de psychiatrie et d'addictologie, Université de Montréal – Centre de recherche du CHUM, Montréal.
 - c. Département de psychiatrie, Université McGill, Montréal – Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal – Centre de recherche Douglas et Clinique PEPP-Montreal (Programme de prévention et d'intervention précoce pour la psychose), Montréal.
 - d. CHU Sainte-Justine, Montréal.
 - e. Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal.
 - f. Centre intégré de santé et de services sociaux de Lanaudière.
 - g. Département de psychiatrie et d'addictologie, Université de Montréal – Institut universitaire en santé mentale de Montréal, Clinique Connec-T, Montréal.
 - h. Service de psychiatrie générale, Traitement et intervention précoce pour la psychose, Centre hospitalier universitaire vaudois, Lausanne.
 - i. Professeure titulaire, Département de psychiatrie et d'addictologie, Université de Montréal – Psychiatre, chef du Service de santé mentale jeunesse et de la Clinique JAP du Centre hospitalier de l'Université de Montréal (CHUM) – Chercheure, Centre de recherche du CHUM, Montréal – Présidente de l'AQPPEP.

RÉSUMÉ Objectifs Cet article vise à résumer les étapes déterminantes du développement du modèle de détection et d'intervention précoce pour la psychose des 30 dernières années, et à recenser les écrits fondamentaux permettant d'identifier ses composantes essentielles et son efficacité.

Méthode Revue narrative de la littérature portant sur le développement international du modèle et contribuant à préconiser cette approche d'intervention chez les jeunes souffrant d'un premier épisode psychotique (PEP). Elle porte également sur diverses lignes directrices internationales et canadiennes révélant le consensus sur les composantes essentielles du modèle des programmes d'intervention pour premiers épisodes psychotiques (PPEP) et sur leur efficacité. Les enjeux et solutions pratiques pour faciliter l'implantation des différentes composantes essentielles seront présentés. L'accent est mis plus particulièrement sur le développement des PPEP dans le contexte québécois.

Résultats Les PPEP, appuyés sur un modèle développé au début des années 1990, sont aujourd'hui disséminés mondialement et déployés à grande échelle dans certains endroits, tels qu'au Royaume-Uni et au Québec. Leur propagation progressive a été favorisée par les efforts déployés pour en déterminer les objectifs principaux et les composantes essentielles pour atteindre ces objectifs, et par plusieurs études démontrant leur efficacité.

Parallèlement au changement de philosophie, vers une vision plus optimiste et nourrissant l'espoir, les PPEP ont mis l'accent sur 2 objectifs interreliés : réduire les délais de traitement (ou la durée de psychose non traitée) et maximiser l'engagement au suivi spécialisé adapté aux besoins spécifiques des jeunes sur le plan développemental et en fonction du stade du trouble psychotique. Une méta-analyse (2018) démontre la supériorité des PPEP comparativement au traitement usuel notamment sur le nombre d'hospitalisations, de rechutes symptomatiques, l'arrêt de traitement, le fonctionnement vocationnel et social. S'appuyant sur ces études et des consensus d'experts, plusieurs juridictions à travers le monde ont développé des lignes directrices afin d'assurer le respect de ces composantes essentielles associées à l'efficacité de l'intervention, tout en considérant la réalité de leur territoire. Parmi ces composantes sont priorisées : un accès rapide et facile, des soins et services adaptés aux jeunes, des interventions de proximité permettant la détection et la référence précoces, une pluralité d'interventions biopsychosociales (pharmacothérapie, psychothérapie cognitivo-comportementale, éducation psychologique, interventions familiales, interventions intégrées pour l'abus de substances, soutien à l'emploi et à l'éducation), une approche de prise de décision partagée et l'approche de *case management* intensif adaptée aux PEP, dans une équipe interdisciplinaire. L'évaluation continue des services éclaire les décisions cliniques et d'amélioration de la qualité des soins.

Conclusion Le modèle PPEP s'est développé progressivement et la recherche en a démontré l'efficacité. Une dissémination du modèle doit être fidèle aux valeurs fon-

damentales et aux différentes composantes essentielles pour en assurer l'efficacité et instiller l'espoir d'un rétablissement possible pour ces jeunes et leurs familles.

MOTS CLÉS intervention précoce, détection précoce, premier épisode psychotique, composantes essentielles, implantation de programme

Early Detection and Intervention for Psychosis: Why and How?

ABSTRACT Objectives This article aims to synthesize the critical stages in the development of early detection and intervention services (EIS) for psychosis over the past 30 years, and to review key literature on the essential components and effectiveness of these programs.

Method We conducted a narrative review of the literature on the international development of EIS leading to its endorsement as a service delivery model for young people with first-episode psychosis (FEP). We also reviewed various international and Canadian guidelines to identify consensus about the essential components of EIS for psychosis and their effectiveness. Challenges to the implementation of these different essential components are presented, along with practical solutions to addressing them. A particular emphasis is placed on implementing EIS in the Quebec context.

Results Based on a model developed in the early 1990s, EIS for psychosis have now been disseminated worldwide and are deployed on a large scale in some regions, such as the United Kingdom and Quebec. The model's gradual expansion has been facilitated by efforts to identify its main objectives and the components essential to achieve them, and by several studies demonstrating its effectiveness.

Along with an important philosophical shift to optimism and hope, EIS have typically focused on the twin aims of reducing treatment delay (or the duration of untreated psychosis) and enhancing engagement in specialized, phase-specific, developmentally appropriate treatment. A meta-analysis (published in 2018) demonstrated the superiority of EIS for psychosis compared to standard treatment on several outcomes including hospitalizations, relapse of symptoms, treatment discontinuation, and vocational and social functioning. Based on these studies and expert consensus, many jurisdictions around the world have developed guidelines to ensure compliance with essential components that are associated with the effectiveness of EIS, while accounting for their contextual realities. The components that have been prioritized include outreach to enable early identification and referral; rapid access to care and youth-friendly services; a range of biopsychosocial interventions (pharmacotherapy, cognitive behavioral therapy, psychoeducation, family interventions, integrated substance use interventions, employment and educational support); a shared-decision making approach; and the intensive case management approach adapted to FEP, which are all delivered by an interdisciplinary team. There is also increasing acknowledgement of the value of continuous evaluation that informs treatment decision-making and quality improvement.

Conclusion EIS for psychosis have developed gradually and research has demonstrated its effectiveness. Disseminating the model in ways that ensure fidelity to its core values and the implementation of its essential components is needed to ensure effectiveness; and instill hope for recovery and improve the quality of lives of young people with psychosis and their families.

KEYWORDS early intervention, early detection, first-episode psychosis, essential components, program implementation

Les programmes d'intervention précoce (IP) pour les premiers épisodes psychotiques (PPEP) sont nés d'un courant aujourd'hui répandu et accepté comme présentant un intérêt certain en santé mentale (Csillag et coll., 2018; McGorry, 2015; Nordentoft, Melau, et coll., 2015). Cependant, ce modèle de soins exige des cliniciens et des gestionnaires flexibilité et rigueur pour faciliter son implantation, de même qu'une implication accrue des décideurs politiques. Ainsi, il n'a été déployé à grande échelle au Québec qu'à partir de 2017, reposant auparavant sur l'initiative de cliniciens motivés. Nous suivrons au cours de cette revue narrative le parcours d'une équipe clinique désirant développer un PPEP dans son milieu. Pour ce faire, elle devra développer un argumentaire rigoureux pour convaincre les administrateurs et certains autres cliniciens de son établissement que ce projet, aux coûts initiaux importants, améliorera les soins et services offerts aux patients tout en étant économiquement viable (Aceituno, Vera, Prina et McCrone, 2019; Behan et coll., 2020; Correll et coll., 2018; Hastrup et coll., 2013; Tarride et coll., 2022). L'objectif d'un PPEP mature et financé adéquatement est d'offrir un éventail d'interventions biopsychosociales fondées sur les données probantes aux jeunes et à leurs proches. Cet article permettra à l'équipe d'identifier les composantes essentielles les plus prioritaires à développer lors de l'implantation initiale. Finalement, des embûches sèmeront le parcours de l'équipe du PPEP; nous discuterons de pistes de solutions pour y faire face.

Méthode

Cet article a pour objectif d'illustrer de façon pragmatique une revue narrative de la littérature portant sur la mise en œuvre de PPEP et leurs composantes essentielles. Cette synthèse s'appuie sur des travaux antérieurs de plusieurs des auteurs du présent article pour regrouper les

données probantes (Bertulies-Esposito et Abdel-Baki, 2019; Bertulies-Esposito et coll., 2020; Nolin, Malla, Tibbo, Norman et Abdel-Baki, 2016). Les composantes essentielles du modèle ont été déterminées par consensus par des cliniciens-chercheurs experts du domaine de l'intervention précoce pour la psychose à partir de la synthèse de la littérature. Lors de ces travaux, les bases de données scientifiques (*PubMed*, *Google Scholar*, *PsycInfo*) ont été sondées et des recherches de la littérature grise ont été effectuées, notamment par le biais de moteurs de recherche Web et en utilisant la méthode boule de neige (c.-à-d. en révisant la liste de référence des publications pertinentes) pour trouver d'autres publications, notamment par les institutions gouvernementales et non gouvernementales ayant publié des lignes directrices pour les PPEP (Department of Health, 2001; Disley, 1999; Early Intervention in Psychosis Network (EIPN), 2016; Early Psychosis Guidelines Writing Group and EPPIC National Support Program, 2016; Early Psychosis Services N.B., 2011; Ehmann, Hanson, Yager, Dolazell et Gilbert, 2010; Gilbert et Jackson, 2014; Initiative to Reduce the Impact of Schizophrenia, 2012; Melton et coll., 2013; ministère de la Santé et des Services sociaux, 2017; National Collaborating Centre for Mental Health, 2013; National Institute for Health and Care Excellence, 2016; NIMHE National Early Intervention Programme, 2008; Nova Scotia Department of Health, 2009; Ontario Ministry of Health and Long-Term Care, 2011; The Italian national guidelines system (SNLG), 2009), des échelles de fidélité (Addington et coll., 2016; Lester et coll., 2006; Melau, Albert et Nordentoft, 2019; Melton et coll., 2013) ou des écrits sur les composantes essentielles des PPEP (Addington, McKenzie, Norman, Wang et Bond, 2013; Essock et coll., 2015; Heinssen, Goldstein et Azrin, 2014; Hetrick et coll., 2018; Marshall, Lockwood, Lewis et Fiander, 2004). Parmi ces écrits, on retrouve diverses méthodologies dont des descriptions de services (Hughes et coll., 2014), des consensus d'experts à partir de synthèse de littérature (Nolin et coll., 2016) ou par méthode Delphi (Addington et coll., 2013). Ces méthodes comportent plusieurs limites que la recherche future doit tenter d'adresser afin de définir plus rigoureusement les composantes essentielles du modèle. Toutefois, chaque composante du modèle PPEP étant indissociable des autres dans ce type de service, des défis méthodologiques importants se présentent pour les évaluer indépendamment les unes des autres. Ainsi, le consensus international est de recommander le modèle étudié comme un « tout » en tant que « recette » à appliquer et à adapter aux réalités du milieu desservi.

Résultats

D'où vient l'intérêt pour la détection et l'IP en psychose débutante ?

Les troubles psychotiques ont longtemps été considérés comme ayant un pauvre pronostic de rétablissement fonctionnel et occupationnel, en phase avec une perspective kraepelinienne de la psychose et de la *dementia praecox* (Kendler, 2020). Les débuts de l'IP pour la psychose découlent des observations des cliniciens et chercheurs quant à l'importance de diagnostiquer et traiter rapidement dès le premier épisode psychotique (PEP), en intervenant intensivement dans la « période critique » que représente les 2 à 5 premières années de la maladie (Birchwood, Todd et Jackson, 1998). L'objectif est de minimiser les facteurs aggravant le pronostic et ainsi en améliorer l'évolution (McGorry, 2015). S'ensuivent des travaux sur l'impact déterminant de la durée de psychose non traitée (DPNT ; traduction de l'acronyme en anglais DUP, *duration of untreated psychosis*) (Malla et coll., 2021 ; Perkins, Gu, Boteva et Lieberman, 2005) justifiant les efforts de détection précoce. Par ailleurs, on observe que les jeunes aux prises avec une maladie émergente ont des besoins nettement différents de ceux des adultes souffrant de troubles psychotiques évoluant depuis plusieurs années, tant en raison de la phase de la maladie que du stade neurodéveloppemental et psychosocial que représente la période de transition de l'adolescence à l'âge adulte. Ainsi, l'accompagnement doit être adapté pour atténuer l'expérience souvent traumatisante liée à la psychose elle-même, à l'annonce du diagnostic ou aux hospitalisations et traitements parfois forcés. Les doses autrefois souvent trop élevées de traitements pharmacologiques étant associées à des effets secondaires importants chez les jeunes patients, celles-ci doivent être ajustées. De plus, une attitude optimiste et nourrissant l'espoir est essentielle pour favoriser l'engagement des patients dans leur trajectoire de rétablissement (Iyer et Malla, 2014). Ceci est d'autant plus pertinent considérant l'hétérogénéité des trajectoires d'évolution des individus souffrant de troubles psychotiques, qui sont globalement positives lorsque les interventions appropriées sont offertes en temps opportun (Harrison et coll., 2001 ; McGorry, 2015). De ces observations et principes est née la clinique à l'épicentre du mouvement de l'IP : *Early Psychosis Prevention and Intervention Centre* (EPPIC), en Australie (McGorry, 1993). Parmi les objectifs de ce projet : réduire les délais d'attente, regrouper les jeunes

adultes pour optimiser l'engagement, détecter plus rapidement pour réduire la DPNT, favoriser le rétablissement, développer des interventions psychosociales pour les patients et les familles et offrir des services dans la communauté. Ces composantes sont encore considérées comme étant des composantes essentielles du modèle PPEP, pour offrir des soins et services correspondant aux besoins sociodéveloppementaux des jeunes (Iyer, Jordan, MacDonald, Joobert et Malla, 2015). Malgré l'impact marqué du programme australien, il est important de souligner l'intérêt qu'ont suscité les PEP dans les années 1980 et 1990 en Europe et en Amérique du Nord (Crow, MacMillan, Johnson et Johnstone, 1986; Lieberman et coll., 1992; Wyatt, 1991). Puisque le modèle PPEP s'est développé en intégrant des activités de recherche à la programmation clinique, plusieurs programmes à travers le monde (notamment en Asie, en Amérique latine, au Moyen-Orient et dans plusieurs pays européens) ont progressivement publié les résultats provenant de leurs initiatives locales, faisant état de leurs réussites et défis respectifs (Aceituno et coll., 2021; Chong, Lee, Bird et Verma, 2004; Cocchi et coll., 2018; Csillag et coll., 2018; Lecardeur et coll., 2020; Maric, Andric Petrovic, Rojnic-Kuzman et Riecher-Rossler, 2019; Roe et coll., 2021). De cet intérêt commun à améliorer la compréhension des enjeux liés aux PEP et les interventions est née, en 1998, l'*International Early Psychosis Association* (IEPA) réunissant cliniciens et chercheurs du domaine. Cette association a récemment élargi son mandat pour devenir IEPA — *Early intervention in mental health*.

Ainsi, l'équipe clinique qui veut développer son programme peut se réclamer d'un mouvement de cliniciens et de chercheurs ayant misé sur un habile mélange de pratiques fondées sur les données probantes et de militantisme pour développer leurs services et promouvoir la santé mentale et le rétablissement des jeunes. Pour convaincre ses collègues et les décideurs locaux des avantages des PPEP, l'équipe aura avantage à démontrer les preuves scientifiques de l'efficacité de ces programmes.

En quoi l'IP est-elle bénéfique pour les jeunes souffrant d'un premier épisode de psychose ?

Parmi les premières études sur le développement d'interventions pour les PEP, les plus marquantes sont 2 essais randomisés et contrôlés (ERC) scandinaves : *The Treatment and Intervention in Psychosis* (TIPS) en Norvège (Johannessen et coll., 2001) et OPUS au Danemark (Petersen et coll., 2005).

Le projet TIPS a été développé afin d'étudier l'efficacité d'interventions de détection précoce d'individus souffrant d'un trouble psychotique, visant à réduire la DPNT, celle-ci ayant un impact négatif sur leur trajectoire, tant sur le plan symptomatique, fonctionnel que de la réponse au traitement (Malla et coll., 2021). Une campagne de sensibilisation visant la détection précoce a été mise en place dans une région norvégienne: distribution de feuillets d'information, développement d'équipes consacrées à la détection précoce (dont la disponibilité a été publicisée auprès du grand public), ligne téléphonique d'autoréférencement, publicités dans les médias locaux, distribution d'objets promotionnels dans divers lieux de loisirs de la région et offre de conférences éducatives sur la psychose. Du matériel visant spécifiquement les professionnels de la santé a aussi été produit et diffusé et tous les intervenants et élèves fréquentant les écoles secondaires de la région ont reçu des séances d'information de la part des équipes de détection précoce, alors que ceux des *gymnasium* (équivalent des cégeps québécois) ont reçu des feuillets d'information spécifiquement conçus pour eux (Johannessen et coll., 2001). Ces stratégies de détection précoce ont permis de diminuer la DPNT de 26 à 4 semaines (Larsen et coll., 2001). En amenant les patients plus tôt dans le traitement, les stratégies de détection précoce ont permis de réduire les taux de comportements suicidaires graves au moment de l'admission (Melle et coll., 2006). De plus, les résultats du suivi 10 ans après la fin de l'ERC montrent que les patients recrutés dans la région de détection précoce ont des taux de rétablissement et de travail à temps plein significativement plus élevés que ceux des régions sans programme de détection précoce (Hegelstad et coll., 2012). Par ailleurs, une méta-analyse récente démontre qu'une plus longue DPNT est associée à une plus grande sévérité de symptômes positifs et négatifs, un moins bon fonctionnement global, une psychopathologie plus sévère ainsi qu'une plus faible probabilité de rémission. Concrètement, une DPNT de 4 semaines est associée à une sévérité des symptômes de > 20 % supérieure comparativement à une DPNT d'une semaine (Howes et coll., 2021). Cette différence majeure milite en faveur du fait que soient priorités les efforts pour améliorer l'accès rapide au traitement puisque chaque semaine compte.

OPUS, le premier ERC d'un modèle de PPEP est lancé au Danemark (Petersen et coll., 2005). Le modèle de soins expérimental de 2 ans était composé d'interventions de proximité basées sur le modèle *Assertive community treatment* (Phillips et coll., 2001), accompagné de groupes d'éducation psychologique et de thérapie comportementale multifa-

milles, d'entraînement aux habiletés sociales et de groupes d'éducation psychologique pour les patients. L'étude démontre que ce modèle de soins était supérieur au traitement usuel pour diminuer les symptômes psychotiques positifs et négatifs, les taux d'inobservance au traitement et d'usage de substances comorbides, pour améliorer le fonctionnement global, en plus d'être plus apprécié des usagers (Petersen et coll., 2005). Le succès important de cette étude a été essentiel pour convaincre les dirigeants du pays d'investir massivement dans ce modèle pour le déployer à l'échelle nationale (Nordentoft, Melau, et coll., 2015).

Plusieurs autres études portant sur des modèles de soins similaires se sont déroulées au tournant des années 2000, notamment au Royaume-Uni (*Lambeth Early Onset* et *Croydon Outreach and Assertive Support Team*) (Craig et coll., 2004; Kuipers et coll., 2004) et en Norvège (Grawe, Falloon, Widen et Skogvoll, 2006), démontrant l'efficacité supérieure des PPEP comparativement au traitement usuel pour réduire le risque de rechute, le désengagement du traitement et les symptômes négatifs. Ainsi, forts de ces données, sous l'impulsion de scientifiques soutenus par le militantisme et l'implication de proches de personnes atteintes de psychose, le Royaume-Uni déploiera à large échelle des PPEP. Une méta-analyse des données des ECR cités précédemment montre une diminution globale du nombre de jours d'hospitalisation par année et une diminution de la proportion des patients hospitalisés (Nordentoft, Rasmussen, Melau, Hjorthøj et Thorup, 2014). Aux États-Unis, l'étude *Recovery After an Initial Schizophrenia Episode* a montré l'efficacité d'un modèle PPEP dans un contexte multicentrique (34 cliniques dans 21 États ont été randomisées). Les taux d'abandon de traitement, les mesures de qualité de vie et les perspectives vocationnelles étaient favorables au groupe expérimental, suivant un modèle d'IP pour la psychose adapté à la réalité américaine (Kane et coll., 2016).

Ces résultats encourageants sont renforcés dans une méta-analyse incluant 2 173 patients impliqués dans 10 ERC réalisés sur 3 continents (Europe, Amérique du Nord et Asie) (Correll et coll., 2018). L'étude démontre que les PPEP offraient en moyenne une intensité de services 2 fois plus élevée que les traitements habituels. La supériorité des PPEP a été démontrée (tailles d'effets petites à moyennes) sur les taux d'arrêt de traitement, la proportion de patients requérant une hospitalisation, les trajectoires vocationnelles et scolaires, le fonctionnement global et la sévérité des symptômes positifs et négatifs. L'étude rapporte que pour chaque 10 patients admis dans un PPEP (comparativement au traitement habituel), 1 patient de moins sera hospitalisé au cours d'un

suivi moyen de 16 mois. Des données similaires sont obtenues pour la prévention d'une rechute symptomatique, l'arrêt de traitement et le rétablissement.

Les individus souffrant de troubles psychotiques ont une espérance de vie diminuée de 15 à 20 ans comparativement à la population générale, surtout en lien avec le suicide et les maladies cardiovasculaires (Nordentoft et coll., 2013 ; Simon et coll., 2018). Cependant, ceux suivis par un PPEP auraient, durant leurs 2 premières années de traitement, un taux de mortalité 4 fois inférieur à ceux recevant le traitement habituel, donc pour chaque 40 personnes suivies dans un PPEP, un décès est prévenu (Anderson et coll., 2018).

Pour convaincre davantage et obtenir le soutien essentiel à la réussite du projet, l'équipe pourra rapporter que les données scientifiques ont amené plusieurs pays et provinces à déployer les PPEP à grande échelle afin de desservir toute leur population avec ce modèle, en faisant ainsi le standard de soins. Parmi ceux-ci se trouvent le Danemark, le Royaume-Uni, la Norvège, les États-Unis (Csillag et coll., 2018), l'Ontario (Cheng, Dewa et Goering, 2011) et plus récemment, le Québec (Bertulies-Esposito, Iyer et Abdel-Baki, 2022). Le Royaume-Uni fait figure de précurseur en matière d'implantation à grande échelle, où un programme-cadre national a mené à la création de près de 180 PPEP dans 95 % des régions sanitaires du pays entre 2001 et 2010. Toutefois, en raison de compressions budgétaires, plusieurs programmes ont cessé leurs activités, mais de nouvelles réformes en 2016 ont permis que 125 programmes œuvrent sur l'ensemble du territoire. Au Danemark, le modèle OPUS est devenu le traitement standard pour soigner les jeunes souffrant d'un PEP en 2016, après avoir vu le nombre de programmes décupler entre 1998 et 2013. Similairement, la Norvège a investi massivement en 2016 pour développer un réseau national de PPEP, plusieurs années après le succès du projet TIPS. Le processus de déploiement à grande échelle, quoiqu'encore assez récent, semble plus difficile aux États-Unis où, après des promesses d'investissements nationaux et des objectifs ambitieux, le développement de PPEP demeure hétérogène, les États de New York et de l'Oregon semblant à l'avant-plan (Bello et coll., 2017 ; Melton et coll., 2013 ; Niendam et coll., 2019).

Quelles sont les particularités des PPEP qui les rendent uniques ?

Pour que les PPEP améliorent les perspectives de rétablissement des jeunes, il est nécessaire pour l'équipe qui veut implanter son pro-

gramme de connaître les composantes qui rendent le modèle PPEP supérieur au traitement usuel. En effet, des composantes essentielles du modèle ont été déterminées par divers consensus d'experts du domaine (Addington et coll., 2013; Bertulies-Esposito et Abdel-Baki, 2019). Cette section offre une vue d'ensemble du PPEP idéal qui permettra à l'équipe de présenter la finalité de son projet.

Tout d'abord, la philosophie de soins du PPEP se distingue de l'organisation des soins proposée par les modèles historiques de services ambulatoires et intrahospitaliers. En effet, le PPEP offre une continuité dans toute la trajectoire de soins, œuvrant tant dans le milieu de vie des patients qu'en clinique ambulatoire et lorsque ces services s'avèrent nécessaires, à l'unité d'hospitalisation ou aux urgences. Ceci se reflète par la place centrale qui est faite au *case management* adapté à l'IP pour la psychose, dont l'intensité variera selon les besoins du jeune, la phase et la sévérité de la maladie, l'atteinte fonctionnelle et le soutien social naturel (*Early Psychosis Prevention and Intervention Centre*, 2001). En effet, l'intervenant pivot est le professionnel qui aura le plus de contact avec les patients en agissant avec le jeune sur l'ensemble des éléments pouvant avoir un impact sur son rétablissement (revenu, démarches sociales et légales, scolarisation, emploi, hébergement, loisirs, relations familiales et sociales, consommation de substance, etc.) et qui les accompagnera dans leurs démarches dans la communauté. La prépondérance du rôle de l'intervenant pivot reflète la nature biopsychosociale des PPEP, dont l'intervention n'est pas centrée uniquement sur le volet médical (psychiatrique), mais plutôt sur les différentes dimensions du rétablissement. De plus, puisque les PPEP québécois offrent des soins et services à des jeunes de 12 à 35 ans, un environnement accueillant pour les jeunes (*youth-friendly*), aussi bien dans l'attitude du personnel d'accueil et personnel soignant que dans les lieux physiques ou la façon d'offrir des services augmentent l'engagement du jeune dans le traitement. Sur le plan des lieux physiques, une salle d'attente dédiée à la clinique, des salles d'entrevues agréablement disposées, des éléments de décoration pouvant alimenter la discussion et correspondant aux intérêts des jeunes, des feuillets d'information ciblés pour les jeunes et disponibilité de matériel de réduction des méfaits (p. ex. condoms) sont appropriés (Haller et coll., 2012; Hawke et coll., 2019). L'approche *youth-friendly* devrait également se refléter dans les comportements du personnel du PPEP, par le biais d'une attitude d'ouverture exempte de jugement, d'une approche chaleureuse, franche, respectueuse et positive, de l'écoute empathique et d'habiletés communicationnelles,

dont un style plus informel et adapté aux jeunes et une connaissance des expressions propres aux groupes d'âge en question (Hawke et coll., 2019). Afin d'engager les jeunes dans les services et offrir des soins respectant leurs priorités, les PPEP préconisent la discussion et la prise de décision partagée avec les patients. D'ailleurs, les personnes ayant été suivies par les PPEP soulignent que l'humanité du suivi, le sentiment d'être compris, le soutien des professionnels et de la famille et l'implication dans la prise de décision représentent des éléments cruciaux pour leur rétablissement (Hansen, Stige, Davidson, Moltu et Veseth, 2018). Finalement, pour favoriser l'accès aux services de la clinique sans nuire aux activités vocationnelles des jeunes, les services de la clinique doivent être facilement accessibles pour les jeunes, tant en termes de flexibilité d'horaires (ministère de la Santé et des Services sociaux, 2017) que physiquement. Dans les milieux urbains ou dans les villes de taille moyenne, une proximité au réseau de transport en commun ou aux lieux centraux fréquentés par les jeunes est essentielle (Hawke et coll., 2019). Pour les PPEP des régions rurales, les interventions de proximité sont davantage mises de l'avant (Bertulies-Esposito et coll., 2020), quoique ces interventions ne doivent pas être négligées par les PPEP en milieux urbains, puisque plusieurs services des PPEP nécessitent un accompagnement dans la communauté (p. ex. démarches d'emploi ou scolaires), soutenant les jeunes dans leurs démarches de rétablissement et maximisant l'engagement de ceux qui accrochent plus difficilement aux services (*outreach*). Par ailleurs, l'utilisation d'outils technologiques pour communiquer avec les jeunes et leur offrir des interventions s'avère une option intéressante pour compléter l'offre de soins en évitant les déplacements qui font souvent obstacle à l'obtention de services (Lal et coll., 2020). Des modèles de services alternatifs aux PPEP peuvent également être implantés dans les régions à faible densité populationnelle, incluant le *Flexible Assertive Community Treatment* (FACT) (Nugter, Engelsbel, Bahler, Keet et van Veldhuizen, 2016), le *hub and spoke* ou le *specialist outreach* (Cheng, Dewa, Langill, Fata et Loong, 2014; Renwick et coll., 2008). En alternative aux PPEP, le Cadre de référence suggère d'avoir recours à une approche FACT ou de suivi d'intensité variable (SIV) bonifié pour les territoires où il y a moins de 50 000 jeunes de 12 à 35 ans (ministère de la Santé et des Services sociaux, 2017). Dans l'optique de faciliter la détection précoce, la collaboration avec des organismes ayant une mission différente, mais complémentaire, telles les Aires ouvertes au Québec (ministère de la Santé et des Services sociaux, 2021) ou Headspace en

Australie (Rickwood et coll., 2019) pourrait être instaurée. Bien que ces organismes soient conçus pour offrir des services à des clientèles différentes des PPEP, à des niveaux d'intensité moindres, les cliniciens du PPEP pourraient, par exemple, se déplacer pour évaluer des patients identifiés à risque de psychose et qui auraient initialement été référés aux Aires ouvertes.

Finalement, les partenariats entre les PPEP et leur communauté sont primordiaux pour offrir aux jeunes un environnement moins stigmatisant et plus propice au rétablissement (p. ex. tenir des activités thérapeutiques dans des plateaux sportifs de la communauté plutôt qu'à l'hôpital, accompagner les jeunes vers des organismes communautaires de loisirs, favoriser la recherche d'emploi sur le marché régulier au lieu des emplois adaptés, etc.). Par ailleurs, considérant les effets secondaires métaboliques des traitements antipsychotiques, l'adoption de protocoles rigoureux pour effectuer le suivi des effets secondaires est primordial (Gilbert et Jackson, 2014). De plus, vu la prévalence élevée de tabagisme et le faible taux d'activité physique de cette population, des interventions favorisant l'arrêt tabagique et l'activité physique devraient être intégrées au PPEP ou offertes en lien avec des organismes dans la communauté, ces interventions ayant un impact démontré sur les risques de maladies cardiovasculaires (Chalfoun, Karelis, Stip et Abdel-Baki, 2016).

Le tableau 1 résume les principales recommandations des experts nationaux et internationaux quant aux composantes essentielles des PPEP.

TABLEAU 1
Composantes essentielles du modèle PPEP à prioriser

Domaine de composantes et justification de l'importance	Composante essentielle	Recommandations des experts
Accessibilité et détection précoce en vue de réduire la DPNT et ainsi améliorer le pronostic	Sources de référence acceptées	Toute source de référence devrait être acceptée dans le cadre d'une politique d' <i>open referral</i> : autoréférencement, familles et proches, établissements scolaires, organismes communautaires, intervenants psychosociaux et médicaux de tous les paliers du système de santé
	Délais d'attente	Suivant une référence au PPEP: Le contact initial et l'évaluation de dépistage devraient se faire dans les 24-72 heures L'évaluation psychiatrique exhaustive et le début des services du programme devraient avoir lieu dans les 14 jours (24 h en cas de crise, 7 jours en cas d'état mental instable)
	Activités de détection précoce	Implication dans des activités d'éducation des organismes partenaires du territoire qui sont en contact avec les jeunes (et si possible, du grand public) et de sensibilisation des sources de référence potentielles (p. ex. organismes communautaires, institutions scolaires, services de santé de première ligne, etc.) afin de permettre une reconnaissance précoce des premiers signes, de connaître l'importance de consulter rapidement et de savoir où et comment le faire
Critères d'admissibilité visant à ne pas priver des jeunes pouvant bénéficier des services du PPEP et permettant une meilleure continuité de soins entre l'adolescence et l'âge adulte	Âge à l'admission	12 à 35 ans
	Diagnostics admis	Tous les types de psychoses sont admis : spectre de la schizophrénie, psychoses affectives (trouble bipolaire ou dépressif avec caractéristiques psychotiques), psychoses induites par les substances, troubles psychotiques non spécifiés
	Critères d'exclusion	Limiter les critères d'exclusion le plus possible Les patients ne devraient pas être exclus d'un PPEP pour les raisons suivantes : un trouble d'usage de substances concomitant, des troubles de santé physique comorbides (qui ne sont pas la cause de la psychose), faire l'objet de procédures légales, avoir un handicap intellectuel léger, avoir un trouble de la personnalité concomitant
Services offerts : interventions intégrées, fondées sur les données probantes, accessibles tôt dans le cheminement pour maximiser les chances de rétablissement	Case management Faibles ratios patients/intervenants	Le <i>case management</i> devrait être disponible pour tous les patients Des ratios < 16:1 sont recommandés
	Interventions de proximité	Une pluralité d'interventions de proximité : rencontres individuelles ou familiales à domicile ou dans la communauté (p. ex. à l'école, parc, café, organisme communautaire, etc.), activités de liaison et d'interventions conjointes avec des institutions scolaires, organismes communautaires et d'hébergement pouvant offrir des services aux patients du PPEP devraient être offertes par celui-ci
	Interventions biopsychosociales	Une variété d'interventions devrait être offerte : médication antipsychotique à faible dose, interventions familiales, soutien à l'emploi et à l'éducation, thérapie cognitivo-comportementale, interventions intégrées pour l'usage de substances, soutien par les pairs
	Implication de la famille	Des contacts réguliers avec la famille devraient être établis selon les besoins du jeune et de sa famille, dès le début de la prise en charge. De l'éducation psychologique sur la psychose et le processus de rétablissement devrait être effectuée auprès de la famille.
	Durée du programme	3 ans

Maximiser l'engagement afin d'éviter les pertes au suivi qui sont fréquentes chez cette clientèle en contexte de traitement habituel ce qui cause une DPNT plus longue et une mauvaise évolution	Critères de terminaison du suivi	Outre l'atteinte de la durée maximale de suivi ou un déménagement à l'extérieur de la région de desserte du PPEP, il ne devrait pas y avoir de critères de fin de suivi déterminés (p. ex. le refus de traitement ou l'inobservance au traitement ne devraient pas entraîner une fin de suivi)
	Interventions de proximité et des relances pour les patients difficiles à engager	Si des patients ont de la difficulté à adhérer au suivi, des relances par divers moyens (téléphone, messagerie texte, courriel, courrier postal, via la famille ou des proches ou autre intervenant de confiance pour le patient, etc.) sont entreprises et des interventions de proximité (p. ex. rencontres à domicile ou dans des lieux au choix des patients) sont offertes. On convient dès le début du traitement avec le patient, des meilleurs moyens pour les relances et des coordonnées
	Utilisation judicieuse des mesures de soins coercitives	Les PPEP étant axés sur l'autonomie des jeunes et la prise de décision partagée, les mesures de soins coercitives devraient être employées avec parcimonie (p. ex. autorisation de soins contre le gré ordonné par un juge, hospitalisation involontaire), mais utilisées lorsque nécessaires pour assurer le traitement et éviter la détérioration grave
	Approche youth-friendly	Lieux physiques et services accueillants pour les jeunes, en les impliquant dans la conception Personnel chaleureux, sans jugement, empathique, communication informelle Heures d'ouverture étendues, services cliniques facilement accessibles, complémentarité par la télé santé Présence d'un comité consultatif de jeunes (p. ex. pour l'évaluation du programme)
Aspects organisationnels	Composition interdisciplinaire de l'équipe dont les professionnels sont idéalement à temps plein ou disponibles tous les jours. Psychiatre dédié à l'équipe. Des réunions d'équipe régulières ont lieu.	Équipe interdisciplinaire : psychiatre, travailleurs sociaux, infirmières, ergothérapeutes, pairs aidants, psychologues, psychoéducateurs, etc. Au moins un psychiatre est dédié à l'équipe et participe aux réunions interdisciplinaires hebdomadaires qui permettent un partage d'expertise et une continuité de soins Parmi les membres de l'équipe, doivent se trouver des spécialistes dans les modalités suivantes : thérapie cognitivo-comportementale, interventions familiales, interventions pour l'usage de substances, soutien à l'éducation et à l'emploi
	Formation et supervision	De la formation de base sur l'IP en psychose et de la formation continue spécialisée devrait être disponible pour tout le personnel du PPEP De la supervision/mentorat pour l'offre d'interventions psychosociales et de <i>case management</i> est requise pour une dispensation de soins et services optimale

Quelles sont les composantes essentielles à prioriser dès les débuts du PPEP ?

Toutes les composantes essentielles abordées dans le tableau 1 font du PPEP un modèle efficace, mais certaines d'entre elles semblent plus importantes à mettre en place dès les débuts d'un service, sachant qu'il peut être ardu de les implanter toutes simultanément lorsque les ressources humaines et financières sont limitées.

Ainsi, l'équipe clinique qui met en place son programme priorisera l'élément le plus crucial : assurer un accès facile et rapide pour réduire la DPNT. Pour ce faire, des stratégies doivent être développées : contacter les partenaires référents potentiels ; distribuer des brochures ; créer un site internet. Aussi, les critères d'admissibilité au programme doivent être clairement établis, de même que les trajectoires de référencement et les mécanismes permettant l'évaluation et l'admission rapides. L'horaire des cliniciens devrait être flexible et permettre l'accès à des rendez-vous rapides (p. ex. évaluations initiales et situations de crise). Ainsi, des trajectoires d'accès simplifiées aux PPEP pourraient contribuer à diminuer la proportion de jeunes accédant au PPEP par le biais des services d'urgence ou des unités d'hospitalisation (MacDonald, Fainman-Adelman, Anderson et Iyer, 2018). Du côté des services, le modèle de *case management* est le pilier principal de tout PPEP, impliquant une offre d'interventions de proximité, notamment pour éviter les pertes au suivi. Une approche *youth friendly* sera préconisée. Aussi, l'utilisation initiale de faibles doses d'antipsychotiques pour éviter les effets indésirables en utilisant la dose minimale efficace et une supervision étroite des effets du traitement sont recommandées. L'inobservance au traitement ne doit pas représenter un motif d'interrompre le suivi, mais doit plutôt être accueillie avec compréhension et dialogue, malgré qu'elle soit associée à un plus grand risque de rechute (Alvarez-Jimenez et coll., 2012) et une détérioration du fonctionnement (Malla, Norman, Manchanda et Townsend, 2002). Une approche flexible maximisant l'engagement des jeunes dans leur traitement est essentielle, puisque l'expérience initiale des patients avec la médication influence l'adhérence au traitement (Kampman et coll., 2002).

Sur le plan administratif, la priorité est le respect des ratios de patients par intervenant, puisqu'une surcharge sera délétère aux soins offerts et au programme lui-même (Woltmann et coll., 2008). Les réunions d'équipes régulières seront priorisées pour assurer la continuité de soins et la formation continue/supervision des professionnels. Le PPEP devrait aussi avoir accès à des lits réservés pour hospitaliser ses patients (idéalement par des psychiatres du PPEP), sinon minimale-ment assurer une liaison étroite avec l'équipe de l'unité hospitalière. Il serait idéal que les patients du PPEP soient dans une unité spécifiquement développée et réservée pour les jeunes. Sinon, regrouper tous les lits réservés aux patients du PPEP dans une section de l'unité d'hospitalisation avec un personnel dédié et permettre aux psychiatres du PPEP de maintenir le suivi de leurs patients en cas d'hospitalisation

peut améliorer l'aspect *youth-friendly* de cette période qui peut être traumatique pour les jeunes (Berry, Ford, Jellicoe-Jones et Haddock, 2013; McGorry et coll., 1991; Rodrigues et Anderson, 2017).

Suivront dans les priorités l'offre d'interventions familiales (incluant l'éducation psychologique auprès des familles et les rencontres de la famille avec le jeune par l'équipe traitante), de soutien à l'éducation et à l'emploi, d'interventions pour l'usage de substances et de thérapie cognitivo-comportementale, qui sont des pierres angulaires du traitement offert aux jeunes souffrant d'un PEP (Lecomte et coll., 2017; ministère de la Santé et des Services sociaux, 2017). L'implication de la famille a été associée à des effets positifs, tels qu'un meilleur fonctionnement (Claxton, Onwumere et Fornells-Ambrojo, 2017) et engagement dans les services (Iyer et coll., 2020) ainsi qu'une baisse des rechutes (Camacho-Gomez et Castellvi, 2020) et de la mortalité (Claxton et coll., 2017) à long terme due à des causes non naturelles. Pour le soutien à l'emploi, le modèle *individual placement and support* est reconnu pour son efficacité importante auprès des jeunes PEP (Bond, Drake et Campbell, 2016; Erickson, Roes, DiGiacomo et Burns, 2021) quoiqu'un autre modèle intégré de soutien à l'emploi ou aux études, le *vocational case management*, a également démontré son efficacité (Abdel-Baki, Letourneau, Morin et Ng, 2013).

Dans un troisième temps, des activités de sensibilisation auprès des sources de référence et d'éducation du public devraient être entreprises. Toutefois, ces activités sont chronophages et les compétences requises pour les mettre en place peuvent diverger de celles qui sont davantage sollicitées pour le travail clinique (Nelson, Steele et Mize, 2006; Phillips et coll., 2001). Malgré la difficulté à implanter ces activités, nous soulignons l'importance de celles-ci pour améliorer la détection précoce.

Si les ressources le permettent, le développement d'une offre de pair aidance dédiée bonifierait grandement les services du PPEP. De plus, les services pour les jeunes présentant un état mental à risque de psychose (ÉMR-P) font partie des composantes essentielles du modèle, mais il est recommandé de les développer une fois que les services pour les PEP sont bien implantés (ministère de la Santé et des Services sociaux, 2017). En effet, le taux de conversion vers la psychose de cette population après 3 ans de suivi, initialement évalué à 36 % en 2012 (Fusar-Poli et coll., 2012), semble avoir diminué à 22 % selon une recension récente des écrits (Fusar-Poli et coll., 2020). De plus, une méta-analyse récente conclut qu'aucune intervention spécifique ne peut

être recommandée plus qu'une autre, quoiqu'un suivi en santé mentale avec des interventions non spécifiques soit bénéfique pour ces patients (Fusar-Poli et coll., 2020). L'un des défis principaux de l'implantation à grande échelle des services pour les jeunes ÉMR-P dans les PPEP concerne la détection de ces jeunes (Fusar-Poli et coll., 2020). En effet, au Royaume-Uni, seuls 4,1 % des jeunes qui se sont présentés dans les services pour un PEP auraient bénéficié des services pour les jeunes à ultra-haut risque (Ajnakina et coll., 2017). Des critiques ont été formulées quant au risque de stigmatisation des jeunes à risque ainsi que le fait que le traitement offert n'ait pas l'impact souhaité sur la prévention de la psychose (Fusar-Poli et coll., 2012). Ces critiques, jumelées à la difficulté de détecter de façon efficace les jeunes à risque suggèrent qu'une bonification des services de détection précoce et de prévention en amont des PPEP est souhaitable.

Quels sont les défis qui attendent l'équipe dans son projet d'implantation du PPEP et quelles sont les pistes de solution ?

Le premier défi lors de la mise en œuvre d'un nouveau programme est de rejoindre tous les acteurs nécessaires à sa réussite : cliniciens, gestionnaires, acteurs communautaires et utilisateurs de services et leurs proches doivent être engagés dans la mission du PPEP pour que ce dernier voit le jour et offre des services de qualité adaptés aux besoins spécifiques des jeunes de cette communauté. Ensuite, une des difficultés les plus importantes en lien avec le développement d'un PPEP est de développer des trajectoires simples, accélérées et d'ajouter la flexibilité requise pour permettre l'autoréférencement et des références par les proches, les organismes communautaires et les institutions scolaires, sans avoir besoin de références médicales ou provenant d'autres services de santé (Bertulies-Esposito et coll., 2020). Sur le plan de l'accessibilité au service, le développement d'une offre à l'ensemble de la population du territoire desservi peut constituer un défi, notamment en raison d'enjeux géographiques, telles une grande taille de territoire, une faible densité populationnelle et la capacité à desservir toutes les sous-régions du territoire. Une bonne connaissance des particularités de la population du territoire de desserte est également requise afin de s'assurer d'avoir des ressources humaines cliniques suffisantes pour offrir des soins à l'ensemble des jeunes souffrant d'un PEP sur le territoire (Bertulies-Esposito et coll., 2022). Les recommandations au Québec sont basées sur un taux d'incidence

général de PEP (ministère de la Santé et des Services sociaux, 2017), alors que plusieurs caractéristiques peuvent affecter ces taux, dont l'urbanité, l'immigration et les populations vulnérables dont les individus en situation de grande précarité ou d'itinérance (Ayano, Tesfaw et Shumet, 2019; Bourque, van der Ven et Malla, 2011; Krabbendam et van Os, 2005; van Os, Hanssen, Bijl et Vollebergh, 2001). De plus, bien que la vente de cannabis soit légalisée dans plusieurs juridictions incluant le Canada, la disponibilité et la consommation de cannabis à haute teneur en tétrahydrocannabinol dans certaines régions contribuent également à une incidence supérieure (Di Forti et coll., 2019). Ainsi, un outil de prédiction de l'incidence par région, *PsyMaptic*, tenant compte de ces données épidémiologiques a été développé en Angleterre pour permettre une meilleure planification des services (McDonald et coll., 2021).

Aussi, une bonne connaissance des populations du territoire, dont les plus marginalisées qui ont moins facilement accès aux services permettra d'adapter les stratégies de détection précoce et d'engagement dans les soins à ces jeunes et leurs familles. Notamment, une sensibilité aux enjeux propres à certaines communautés ethnoculturelles présentes en grande concentration dans un territoire donné, des liens avec leurs leaders (communautaires, spirituels ou autres) ou avec les organismes de la communauté qui répondent aux besoins spécifiques de certaines populations (p. ex. jeunes en situation de grande précarité, Premières Nations) seront des atouts pour faciliter tant la détection précoce que la réinsertion sociale. Ceci est particulièrement important puisque les modèles explicatifs des troubles mentaux varient grandement en fonction des groupes ethnoculturels et peuvent entraîner des niveaux de stigmatisation différents de la part des proches et du réseau de soutien des jeunes. De plus, il importe de tenir compte des modalités traditionnelles de traitement qui sont reconnues par ces communautés afin d'offrir une prise en charge holistique dans le cadre de l'intervention en PPEP. L'article du présent numéro de Xavier et coll. traite des enjeux transculturels en intervention précoce pour la psychose.

Lorsqu'un PPEP dispose d'un nombre de cliniciens adéquat, ceci permet de limiter la surcharge de travail, qui a comme conséquences potentielles d'amener les cliniciens à mettre fin au suivi de patients inobservants ou refusant les traitements offerts et d'avoir moins de temps pour s'investir dans des activités promouvant l'engagement thérapeutique tel que les interventions de proximité (Bertulies-Espósito et coll., 2022). Les PPEP surchargés pourraient aussi aller à l'encontre

de principes fondamentaux du modèle en mettant en place une liste d'attente ou refusant d'admettre des patients pendant une certaine période (Lester et coll., 2009), ce qui est à proscrire puisque la DPNT la plus courte possible est garante d'une meilleure évolution. Finalement, la surcharge de travail peut mener à de l'attrition et du roulement de personnel, nuisant ainsi à la mise en œuvre de programmes de santé mentale de qualité par la perte de l'expérience et de l'expertise acquises (Lester et coll., 2009; Mancini et coll., 2009; Moser, Deluca, Bond et Rollins, 2004).

Pour les PPEP de toutes tailles, maintenir un taux élevé d'interventions de proximité peut constituer un défi. Afin de favoriser une intensité de services appropriée tout en évitant des déplacements trop chronophages, il semble prometteur de compléter avec la télé-médecine pour offrir l'intensité de services requise (Jones et coll., 2014; Lal et coll., 2020; Lecomte et coll., 2020). De plus, les interventions de proximité sont difficiles à réaliser lorsqu'en surcharge de travail, puisqu'elles requièrent plus de temps pour les cliniciens que les rencontres à la clinique.

Plus particulièrement pour les petits programmes, comme c'est souvent le cas en début de parcours, mettre en place une offre diversifiée d'interventions psychosociales peut être plus complexe que pour les programmes de plus grande taille, situation qui peut être atténuée par un financement adéquat et des ressources humaines suffisantes (Bertulies-Esposito et coll., 2022; Bertulies-Esposito et coll., 2020). Toutefois, offrir l'ensemble des interventions psychosociales essentielles du modèle PPEP à une majorité de patients semble être un défi pour plusieurs programmes de tailles diverses, possiblement en raison d'une surcharge de travail clinique ou de l'absence de praticiens spécialisés dans ces interventions (Bertulies-Esposito et coll., 2022) ou possiblement de l'absence de planification stratégique. Il a aussi été démontré que plusieurs PPEP n'ont pas accès à de la supervision pour les interventions psychosociales et le *case management* (Bertulies-Esposito et coll., 2022), ce qui est un élément clé pour offrir des services respectant le modèle PPEP qui a été démontré efficace.

Sur le plan administratif, un des défis majeurs pour les PPEP est de tenir des bases de données clinico-administratives et d'avoir les ressources pour les analyser (Bertulies-Esposito et coll., 2022). Sans bases de données, mettre en place des programmes efficaces d'assurance qualité et d'évaluation de l'évolution des patients relève de l'utopie. Malheureusement, ces tâches incombent souvent aux cliniciens des

PPEP, mettant en évidence l'importance de sécuriser un soutien administratif adéquat pour le bon fonctionnement du programme.

Finalement, plusieurs PPEP ont plus de difficulté à participer à des activités d'éducation du public. Au Québec, les collaborations avec l'Association québécoise des programmes pour premiers épisodes psychotiques (L'Heureux et coll., 2007), une communauté de pratique de cliniciens, chercheurs, gestionnaires, de patients partenaires pairs-aidants et proches partenaires engagés dans l'amélioration des soins offerts aux jeunes souffrant d'un PEP, de même qu'avec le conseiller PEP aux établissements du MSSS peuvent faciliter le développement d'activités de sensibilisation de la population. De plus, il pourrait être pertinent que le gouvernement s'implique dans le développement et la distribution de contenu pour sensibiliser le public à la détection précoce des PEP, ce qui serait bénéfique pour améliorer l'efficacité des interventions offertes par les PPEP.

Discussion

Les PPEP offrent des soins et services de grande qualité, fondés sur la littérature scientifique et dont le modèle est centré sur un ensemble de composantes essentielles cliniques et administratives. Malgré les bénéfices cliniques et économiques démontrés pour ces programmes, plusieurs défis peuvent être rencontrés par les équipes lors de leur implantation. Nous discuterons des critiques du modèle PPEP et des limites de la présente revue de la littérature, puis ses perspectives d'avenir pour le domaine de l'intervention précoce.

Critiques du modèle PPEP

Alors que dans certaines juridictions telles qu'au Québec, au Danemark, au Royaume-Uni et en Australie le modèle PPEP est standardisé et adopté à grande échelle, plusieurs critiques du modèle persistent malgré les données probantes, tant en ce qui a trait à l'efficacité clinique qu'à l'intérêt économique du modèle.

Le développement d'un modèle de soins novateur est souvent freiné par la résistance au changement des milieux cliniques, renforçant l'importance de développer une stratégie de gestion du changement pour le clinicien ou gestionnaire voulant implanter ce modèle. Finalement, la résistance aux approches novatrices peut être accentuée par les ressources humaines et financières importantes requises dès la mise

sur pied du PPEP, surtout que la majorité des bénéfices ne revient pas directement à l'établissement de santé, mais à la société (Behan et coll., 2020; Campion, Taylor, McDaid, Park et Shiers, 2019).

Plusieurs études rigoureuses incluant une méta-analyse de 10 études randomisées (Correll et coll., 2018) ont été réalisées et démontrent des bénéfices cliniques (Anderson et coll., 2018; Correll et coll., 2018; Nossel et coll., 2018) et économiques (Aceituno et coll., 2019; Behan et coll., 2020) de ce modèle comparativement aux services usuels. Toutefois, certains critiques suggèrent que les données probantes sont de piètre qualité (Iyer et Malla, 2014), puisque dans les études analysées, les traitements usuels servant de comparateur étaient très variables et pouvaient inclure des soins ambulatoires, parfois avec une possibilité d'interventions de proximité, des services basés sur le *case management* ou bien consister uniquement de rendez-vous mensuels avec un psychiatre pour le traitement pharmacologique. Quoique les bénéfices soient plus marqués durant la dispensation des soins qu'après celle-ci et tendent à s'estomper par la suite lors de l'arrêt du traitement (Chan et coll., 2019), comme c'est le cas pour plusieurs maladies chroniques, une récente étude a démontré les bénéfices de prolonger les services PPEP à 5 ans pour une proportion significative de patients afin de soutenir la rémission symptomatique et l'engagement dans leurs soins (Malla et coll., 2017). De plus, les programmes de détection précoce des troubles psychotiques ont des impacts durables sur le fonctionnement et le rétablissement, même si ce n'est pas le cas pour les symptômes psychotiques (Hegelstad et coll., 2012). Notamment, une étude rapporte que 7 ans après la première hospitalisation, la majorité des patients ayant bénéficié de services de PPEP a pu occuper un emploi rémunéré récemment et était en mesure de fonctionner adéquatement dans des rôles sociaux (Henry et coll., 2010). Cependant, la durée de psychose non traitée est associée à une évolution défavorable des troubles psychotiques, et ce, même si des services de PPEP sont obtenus (Albert et coll., 2017), soulignant l'importance non seulement du traitement intensif précoce, mais également de la détection précoce de la maladie. Finalement, recevoir des services d'un PPEP est associé à une diminution de la mortalité et des suicides durant les années du suivi (Anderson et coll., 2018; Chan et coll., 2018); les premières années suivant le diagnostic d'un trouble psychotique étant associées à un risque élevé de décès, tant par suicide que d'autres causes (Nordentoft, Madsen et Fedyszyn, 2015; Simon et coll., 2018).

Des questions éthiques portant sur l'accès aux soins pour l'ensemble de la population (Iyer et Malla, 2014) sont soulevées, puisque les ressources investies dans les PPEP ne sont pas accessibles aux individus qui ne font pas partie de la tranche d'âge visée. En effet, l'âge de la population qui devrait être desservie par les PPEP (Lappin et coll., 2016) ne fait pas consensus au niveau international, reflétant la nature incrémentale des recherches scientifiques sur lesquelles s'appuient les décideurs. À ce sujet, le *National Institute for Health and Care Excellence* souligne l'importance d'une prise en charge précoce de premiers épisodes de psychose pour les 14-65 ans (National Institute for Health and Care Excellence, 2016), alors que d'autres lignes directrices, comme le Cadre de référence québécois proposent une étendue moins large (ministère de la Santé et des Services sociaux, 2017). Alors que les premiers soulignent l'objectif d'orienter plus spécifiquement cette offre de service afin de répondre aux besoins différents des jeunes vu leur phase neuro-psycho-développementale, qui en l'absence de services adaptés à leurs besoins sont plus susceptibles de ne pas s'engager dans les soins, les autres souhaitent éviter de priver les individus souffrant de PEP d'une intervention pouvant améliorer leur survie, leurs symptômes, leur fonctionnement et leur qualité de vie (Anderson et coll., 2018; Chan et coll., 2018; Correll et coll., 2018; Hegelstad et coll., 2012; Henry et coll., 2010), la supériorité des PPEP ayant été démontrée sur ces aspects.

Plusieurs critiques soulèvent également des questionnements concernant l'équité du financement des soins de santé mentale en général, puisque les PPEP requièrent des ressources humaines et financières importantes (McGorry, 2005; Pelosi et Birchwood, 2003). Quoique l'investissement initial pour lancer un PPEP peut paraître significatif, le modèle PPEP a été démontré efficace en termes de coûts et permet des économies tant à court terme durant la prestation de services (Aceituno et coll., 2019) qu'à plus long terme, notamment par la réduction des coûts d'hospitalisation au long cours et possiblement par la réduction du besoin d'hébergement supervisé (Mihalopoulos, Harris, Henry, Harrigan et McGorry, 2009). De plus, les sommes épargnées par les besoins réduits en hospitalisation (Correll et coll., 2018) permettent de financer la partie ambulatoire bonifiée du modèle. Toutefois, il nous semble primordial de ne pas opposer le financement de l'intervention précoce au financement des soins et services visant les patients présentant des troubles de santé mentale sévères et persistants. Il importe plutôt de militer de façon générale pour une allocation plus

équitable des ressources en santé vers la santé mentale, mais également de la responsabilité de développer des modèles d'intervention efficaces en termes de coûts, tels que les PPEP, qui répondent mieux aux besoins des patients. Par ailleurs, le financement additionnel destiné aux PPEP tel qu'annoncé par le ministère de la Santé et des Services sociaux (La Presse Canadienne, 2017 ; ministère de la Santé et des Services sociaux, 2020) n'empêche aucunement les efforts pour l'amélioration du financement des soins de santé mentale pour l'ensemble de la population (McGorry, 2015). Il pourrait au contraire servir d'exemple quant à l'impact de tels investissements. Ainsi, le sous-financement chronique en santé mentale ne devrait pas servir de frein à l'innovation et si certains gouvernements offrent du financement additionnel pour fonder et soutenir les PPEP (La Presse Canadienne, 2017 ; ministère de la Santé et des Services sociaux, 2020), ces investissements ne devraient pas exclure la possibilité d'investir davantage dans d'autres secteurs (Iyer et Malla, 2014 ; McGorry, 2015).

Quoique certains suggèrent que le modèle de l'IP permet simplement de mettre en place des interventions fondées sur les données probantes qui peinent à être implantées dans les services psychiatriques dits généraux (Hogarty et coll., 1991 ; Lehman et Steinwachs, 1998 ; Semisa, Lora, Morosini et Ruggeri, 2008), ce qui joue certainement un rôle majeur, d'autres facteurs semblent être aussi responsable de l'efficacité des PPEP. L'enthousiasme et l'attitude optimiste des professionnels de santé œuvrant dans les PPEP constituent probablement des éléments contribuant à l'efficacité de ce type de programme. Le modèle PPEP souligne l'importance d'instiller l'espoir aux patients en regard des perspectives de rétablissement, ce qui peut avoir des répercussions positives non seulement sur les patients, les attentes des professionnels en santé mentale ayant des impacts directs et indirects sur l'évolution des patients (Connor et Callahan, 2015 ; Constantino et coll., 2020), mais aussi sur les professionnels des PPEP et leur rétention, permettant d'éviter un roulement de personnel souvent à la base de la rupture de la continuité de soins et la perte d'expertise dans l'équipe. Par ailleurs, non seulement la qualité des services (notamment le type d'interventions démontrées efficaces), mais leur intensité (fréquence en moyenne 2 fois plus élevée que les traitements usuels (Correll et coll., 2018)) et leur accès facile et rapide (tant au début de la maladie qu'en période de crise) du fait de ressources humaines plus importantes, peuvent contribuer à l'efficacité des PPEP. Ainsi, les guides de pratique (incluant le cadre de référence pour les PPEP du Québec) proposent

des normes quant aux faibles ratios patients/intervenants, compatibles avec de telles pratiques.

L'intégration de la formation continue et la supervision clinique des professionnels, composantes essentielles du modèle, démontrées efficaces pour promouvoir une offre de services de qualité et fondée sur les données probantes (Addington et coll., 2013 ; Brabban et Dodgson, 2010 ; Neil, Nothard, Glentworth et Stewart, 2010) permettraient d'éviter l'épuisement et donc le roulement de personnel (Fukui, Wu et Salyers, 2019 ; Johnson et coll., 2018 ; Yanchus, Periard et Osatuke, 2017).

Finalement, un plus grand risque de rechute a été observé dans les mois suivant la transition des services d'IP vers des services de santé mentale adulte, ce qui peut être expliqué notamment par l'instabilité et l'incertitude vécues par les patients, le changement du personnel traitant et des relations ainsi que l'intensité moindre de services (Puntis, Oke et Lennox, 2018). À la fin du suivi, la transition des PPEP vers les services de première ligne ou d'autres services en santé mentale devrait donc être planifiée avec le jeune de façon à assurer une continuité entre les services (ministère de la Santé et des Services sociaux, 2017). Selon la perspective des jeunes, les transitions vécues de façon positive sont planifiées et caractérisées par une approche personnalisée et flexible, une bonne communication entre les services ainsi que des relations de confiance (Lester et coll., 2012). Au contraire, une fin de services abrupte, un manque de communication entre les services et l'impression d'être laissé à soi-même caractérisent les transitions vécues plus difficilement par les jeunes (Lester et coll., 2012). Afin de favoriser une transition efficace, les PPEP ont donc la responsabilité de, non seulement préparer les jeunes et les soutenir à intégrer un programme moins encadrant, mais aussi de créer des relations avec les autres services et de transférer leur expertise en IP vers les ressources en aval de leurs services. Malgré l'importance de la transition, celle-ci a été peu étudiée, des études portant spécifiquement sur la période de transition ainsi que sur l'évolution des patients après leur suivi en IP seraient donc nécessaires.

Limites

La méthodologie adoptée pour cette synthèse de la littérature comporte plusieurs limites puisqu'elle n'a pas été réalisée par revue systématique de la littérature ; ainsi certaines publications auraient pu échapper aux auteurs. Toutefois, plusieurs des auteurs évoluent dans

le domaine de l'IP depuis de nombreuses années en suivant de près l'évolution de l'implantation des PPEP. Quoique ceci ait permis de s'assurer que nous ayons répertorié la très grande majorité des articles et des lignes directrices publiés à travers le monde, il y a possibilité de biais de sélection des articles recensés et les résultats présentés dans cet article, vu l'intérêt des auteurs.

Par ailleurs, l'importance relative donnée aux publications de la littérature grise, qui ont souvent plusieurs objectifs, au-delà de la diffusion des connaissances scientifiques, est également source de biais potentiels. Ainsi, nous ne pouvons passer outre les enjeux politiques, administratifs et systémiques qui teintent ces documents. En effet, les lignes directrices sont destinées à être appliquées dans un modèle global de soins et services de santé qui est propre à la juridiction et le contexte sociopolitique où elles sont publiées.

Finalement, la détermination par consensus d'experts des composantes essentielles du modèle qui sont abordées dans le présent article pourrait illustrer les biais des auteurs en fonction de leurs intérêts cliniques et de recherche. Toutefois, nous avons pris soin de ne présenter que des composantes essentielles qui sont étudiées formellement dans la littérature scientifique sur le modèle de services.

Perspectives d'avenir

Malgré la reconnaissance croissante du modèle PPEP à travers le monde et les efforts d'implantation à grande échelle associés à des investissements gouvernementaux significatifs (Bertulies-Esposito et coll., 2022; Csillag et coll., 2018), le domaine de l'intervention précoce est en constante évolution. En effet, des interventions pour une variété d'enjeux de santé mentale, dont les troubles de la personnalité (Chanen et Thompson, 2018), les troubles de l'humeur (Berk et coll., 2010; Davey et McGorry, 2019) et les troubles alimentaires (Currin et Schmidt, 2009; Flynn et coll., 2021) ont été développées au cours des dernières décennies. De plus, des services axés sur la prévention secondaire et une offre de services dits de première ligne sont en voie d'implantation dans plusieurs régions du monde (Berger et coll., 2021; Rickwood et coll., 2019). Avec le potentiel de changer le paradigme de la santé mentale jeunesse, un cadre théorique transdiagnostique basé sur des stades d'évolution (*staging*) des troubles mentaux (tels qu'utilisés en oncologie) est de plus en plus perçu comme une voie d'avenir pour déterminer les interventions appropriées aux individus en fonction du

stade de la maladie (Shah et coll., 2020). Ce modèle repose davantage sur l'atteinte du niveau de fonctionnement psychosocial que la phénoménologie. Afin de déterminer quelles composantes sont associées avec l'efficacité des PPEP, des études, ayant une méthode rigoureuse, qui évaluent les tailles d'effet des diverses composantes sur différentes mesures d'évolution des troubles psychotiques, seraient requises.

Conclusion

Les PPEP sont le fruit d'une volonté de cliniciens et chercheurs soucieux d'améliorer les soins et services de santé offerts aux jeunes souffrant d'un PEP, reconnaissant la spécificité de leurs besoins et le potentiel de rétablissement important si la détection des signes et symptômes se fait plus précocement. Au fil des années, le modèle s'est répandu mondialement, de sorte que des adaptations locales se sont multipliées, tout en respectant une série de composantes essentielles en lien avec l'accessibilité facile et rapide pour les jeunes : des interventions biopsychosociales variées et axées sur les patients et leur famille, une approche de *case management* adaptée dont l'intensité varie selon les besoins, des interventions de proximité pour maximiser l'engagement des jeunes dans leurs soins et des liens avec la communauté, tant pour offrir des services aux jeunes que pour favoriser la détection précoce. Il a été démontré que des programmes centrés sur ces composantes offrent des bénéfices pour les jeunes, mais plusieurs défis se présentent aux cliniciens désireux d'implanter ce modèle de soin dans leur milieu de pratique. Ainsi, l'équipe clinique qui souhaite développer son programme nécessitera le soutien de son institution et des décideurs politiques pour favoriser une implantation réussie, qui se traduira par des soins de plus grande qualité pour les jeunes souffrant d'un PEP dans son territoire de desserte.

RÉFÉRENCES

- Abdel-Baki, A., Letourneau, G., Morin, C. et Ng, A. (2013). Resumption of work or studies after first-episode psychosis: the impact of vocational case management. *Early Interv Psychiatry*, 7(4), 391-398. doi: 10.1111/eip.12021
- Aceituno, D., Mena, C., Vera, N., Gonzalez-Valderrama, A., Gadelha, A., Diniz, E., ... Prina, M. (2021). Implementation of early psychosis services in Latin America: A scoping review. *Early Interv Psychiatry*, 15(5), 1104-1114. doi: 10.1111/eip.13060

- Aceituno, D., Vera, N., Prina, A. M. et McCrone, P. (2019). Cost-effectiveness of early intervention in psychosis: systematic review. *Br J Psychiatry*, 215(1), 388-394. doi: 10.1192/bjp.2018.298
- Addington, D. E., McKenzie, E., Norman, R., Wang, J. et Bond, G. R. (2013). Essential evidence-based components of first-episode psychosis services. *Psychiatr Serv*, 64(5), 452-457. doi: 10.1176/appi.ps.201200156
- Addington, D. E., Norman, R., Bond, G. R., Sale, T., Melton, R., McKenzie, E. et Wang, J. (2016). Development and Testing of the First-Episode Psychosis Services Fidelity Scale. *Psychiatr Serv*, 67(9), 1023-1025. doi: 10.1176/appi.ps.201500398
- Ajnakina, O., Morgan, C., Gayer-Anderson, C., Oduola, S., Bourque, F., Bramley, S., ... David, A. S. (2017). Only a small proportion of patients with first episode psychosis come via prodromal services: a retrospective survey of a large UK mental health programme. *BMC Psychiatry*, 17(1), 308. doi: 10.1186/s12888-017-1468-y
- Albert, N., Melau, M., Jensen, H., Hastrup, L. H., Hjorthøj, C. et Nordentoft, M. (2017). The effect of duration of untreated psychosis and treatment delay on the outcomes of prolonged early intervention in psychotic disorders. *NPJ Schizophr*, 3(1), 34. doi: 10.1038/s41537-017-0034-4
- Alvarez-Jimenez, M., Priede, A., Hetrick, S. E., Bendall, S., Killackey, E., Parker, A. G., ... Gleeson, J. F. (2012). Risk factors for relapse following treatment for first episode psychosis: a systematic review and meta-analysis of longitudinal studies. *Schizophr Res*, 139(1-3), 116-128. doi: 10.1016/j.schres.2012.05.007
- Anderson, K. K., Norman, R., MacDougall, A., Edwards, J., Palaniyappan, L., Lau, C. et Kurdyak, P. (2018). Effectiveness of Early Psychosis Intervention: Comparison of Service Users and Nonusers in Population-Based Health Administrative Data. *Am J Psychiatry*, 175(5), 443-452. doi: 10.1176/appi.ajp.2017.17050480
- Ayano, G., Tesfaw, G. et Shumet, S. (2019). The prevalence of schizophrenia and other psychotic disorders among homeless people: a systematic review and meta-analysis. *BMC Psychiatry*, 19(1), 370. doi: 10.1186/s12888-019-2361-7
- Behan, C., Kennelly, B., Roche, E., Renwick, L., Masterson, S., Lyne, J., ... Clarke, M. (2020). Early intervention in psychosis: health economic evaluation using the net benefit approach in a real-world setting. *Br J Psychiatry*, 217(3), 484-490. doi: 10.1192/bjp.2019.126
- Bello, I., Lee, R., Malinovsky, I., Watkins, L., Nossel, I., Smith, T., ... Dixon, L. B. (2017). OnTrackNY: The Development of a Coordinated Specialty Care Program for Individuals Experiencing Early Psychosis. *Psychiatr Serv*, 68(4), 318-320. doi: 10.1176/appi.ps.201600512
- Berger, M., Fernando, S., Churchill, A., Cornish, P., Henderson, J., Shah, J., ... Salmon, A. (2021). Scoping review of stepped care interventions for mental health and substance use service delivery to youth and young adults. *Early Interv Psychiatry*. doi: 10.1111/eip.13180
- Berk, M., Hallam, K., Malhi, G. S., Henry, L., Hasty, M., Macneil, C., ... McGorry, P. D. (2010). Evidence and implications for early intervention in bipolar disorder. *J Ment Health*, 19(2), 113-126. doi: 10.3109/09638230903469111

- Berry, K., Ford, S., Jellicoe-Jones, L. et Haddock, G. (2013). PTSD symptoms associated with the experiences of psychosis and hospitalisation: a review of the literature. *Clin Psychol Rev*, 33(4), 526-538. doi: 10.1016/j.cpr.2013.01.011
- Bertulies-Esposito, B. et Abdel-Baki, A. (2019). Éléments essentiels pour l'implantation à grande échelle de programmes d'intervention précoce pour premiers épisodes psychotiques en francophonie: l'exemple du Québec. *L'information psychiatrique*, 95(2), 95-101. doi: 10.1684/ipe.2019.1912
- Bertulies-Esposito, B., Iyer, S. et Abdel-Baki, A. (2022). The Impact of Policy Changes, Dedicated Funding and Implementation Support on Early Intervention Programs for Psychosis. *Can J Psychiatry*, 7067437211065726. <https://doi.org/10.1177/07067437211065726>
- Bertulies-Esposito, B., Nolin, M., Iyer, S. N., Malla, A., Tibbo, P., Otter, N., ... Abdel-Baki, A. (2020). Ou en sommes-nous? An Overview of Successes and Challenges after 30 Years of Early Intervention Services for Psychosis in Quebec: Ou en sommes-nous? Un aperçu des réussites et des problèmes après 30 ans de services d'intervention précoce pour la psychose au Québec. *Can J Psychiatry*, 65(8), 536-547. doi: 10.1177/0706743719895193
- Birchwood, M., Todd, P. et Jackson, C. (1998). Early intervention in psychosis. The critical period hypothesis. *Br J Psychiatry Suppl*, 172(33), 53-59.
- Bond, G. R., Drake, R. E. et Campbell, K. (2016). Effectiveness of individual placement and support supported employment for young adults. *Early Interv Psychiatry*, 10(4), 300-307. doi: 10.1111/eip.12175
- Bourque, F., van der Ven, E. et Malla, A. (2011). A meta-analysis of the risk for psychotic disorders among first- and second-generation immigrants. *Psychol Med*, 41(5), 897-910. doi: 10.1017/S0033291710001406
- Brabban, A. et Dodgson, G. (2010). What makes early intervention in psychosis services effective? A case study. *Early Interv Psychiatry*, 4(4), 319-322. doi: 10.1111/j.1751-7893.2010.00169.x
- Camacho-Gomez, M. et Castellvi, P. (2020). Effectiveness of Family Intervention for Preventing Relapse in First-Episode Psychosis Until 24 Months of Follow-up: A Systematic Review With Meta-analysis of Randomized Controlled Trials. *Schizophr Bull*, 46(1), 98-109. doi: 10.1093/schbul/sbz038
- Campion, J., Taylor, M. J., McDaid, D., Park, A. L. et Shiers, D. (2019). Applying economic models to estimate local economic benefits of improved coverage of early intervention for psychosis. *Early Interv Psychiatry*, 13(6), 1424-1430. doi: 10.1111/eip.12787
- Chalfoun, C., Karelis, A. D., Stip, E. et Abdel-Baki, A. (2016). Running for your life: A review of physical activity and cardiovascular disease risk reduction in individuals with schizophrenia. *J Sports Sci*, 34(16), 1500-1515. doi: 10.1080/02640414.2015.1119875
- Chan, S. K. W., Chan, H. Y. V., Devlin, J., Bastiampillai, T., Mohan, T., Hui, C. L. M., ... Chen, E. Y. H. (2019). A systematic review of long-term outcomes of patients with psychosis who received early intervention services. *Int Rev Psychiatry*, 31(5-6), 425-440. doi: 10.1080/09540261.2019.1643704
- Chan, S. K. W., Chan, S. W. Y., Pang, H. H., Yan, K. K., Hui, C. L. M., Chang, W. C., ... Chen, E. Y. H. (2018). Association of an Early Intervention Service for

- Psychosis With Suicide Rate Among Patients With First-Episode Schizophrenia-Spectrum Disorders. *JAMA Psychiatry*, 75(5), 458-464. doi: 10.1001/jamapsychiatry.2018.0185
- Chanen, A. M. et Thompson, K. N. (2018). Early intervention for personality disorder. *Curr Opin Psychol*, 21, 132-135. doi: 10.1016/j.copsyc.2018.02.012
- Cheng, C., Dewa, C. S. et Goering, P. (2011). Matryoshka Project: lessons learned about early intervention in psychosis programme development. *Early Interv Psychiatry*, 5(1), 64-69. doi: 10.1111/j.1751-7893.2010.00255.x
- Cheng, C., Dewa, C. S., Langill, G., Fata, M. et Loong, D. (2014). Rural and remote early psychosis intervention services: the Gordian knot of early intervention. *Early Interv Psychiatry*, 8(4), 396-405. doi: 10.1111/eip.12076
- Chong, S. A., Lee, C., Bird, L. et Verma, S. (2004). A risk reduction approach for schizophrenia: the Early Psychosis Intervention Programme. *Ann Acad Med Singap*, 33(5), 630-635.
- Claxton, M., Onwumere, J. et Fornells-Ambrojo, M. (2017). Do Family Interventions Improve Outcomes in Early Psychosis? A Systematic Review and Meta-Analysis. *Front Psychol*, 8, 371. doi: 10.3389/fpsyg.2017.00371
- Cocchi, A., Cavicchini, A., Collavo, M., Ghio, L., Macchi, S., Meneghelli, A. et Preti, A. (2018). Implementation and development of early intervention in psychosis services in Italy: a national survey promoted by the Associazione Italiana Interventi Precoci nelle Psicosi. *Early Interv Psychiatry*, 12(1), 37-44. doi: 10.1111/eip.12277
- Connor, D. R. et Callahan, J. L. (2015). Impact of psychotherapist expectations on client outcomes. *Psychotherapy (Chic)*, 52(3), 351-362. doi: 10.1037/a0038890
- Constantino, M. J., Aviram, A., Coyne, A. E., Newkirk, K., Greenberg, R. P., Westra, H. A. et Antony, M. M. (2020). Dyadic, longitudinal associations among outcome expectation and alliance, and their indirect effects on patient outcome. *J Couns Psychol*, 67(1), 40-50. doi: 10.1037/cou0000364
- Correll, C. U., Galling, B., Pawar, A., Krivko, A., Bonetto, C., Ruggeri, M., ... Kane, J. M. (2018). Comparison of Early Intervention Services vs Treatment as Usual for Early-Phase Psychosis: A Systematic Review, Meta-analysis, and Meta-regression. *JAMA Psychiatry*, 75(6), 555-565. doi: 10.1001/jamapsychiatry.2018.0623
- Craig, T. K., Garety, P., Power, P., Rahaman, N., Colbert, S., Fornells-Ambrojo, M. et Dunn, G. (2004). The Lambeth Early Onset (LEO) Team: randomised controlled trial of the effectiveness of specialised care for early psychosis. *BMJ*, 329(7474), 1067. doi: 10.1136/bmj.38246.594873.7C
- Crow, T. J., MacMillan, J. F., Johnson, A. L. et Johnstone, E. C. (1986). A randomised controlled trial of prophylactic neuroleptic treatment. *Br J Psychiatry*, 148, 120-127. doi: 10.1192/bjp.148.2.120
- Csillag, C., Nordentoft, M., Mizuno, M., McDaid, D., Arango, C., Smith, J., ... Jones, P. B. (2018). Early intervention in psychosis: From clinical intervention to health system implementation. *Early Interv Psychiatry*, 12(4), 757-764. doi: 10.1111/eip.12514

- Curran, L. et Schmidt, U. (2009). A critical analysis of the utility of an early intervention approach in the eating disorders. *Journal of Mental Health*, 14(6), 611-624. doi: 10.1080/09638230500347939
- Davey, C. G. et McGorry, P. D. (2019). Early intervention for depression in young people: a blind spot in mental health care. *The Lancet Psychiatry*, 6(3), 267-272. doi: 10.1016/s2215-0366(18)30292-x
- Department of Health. (2001). The Mental Health Policy Implementation Guide. London.
- Di Forti, M., Quattrone, D., Freeman, T. P., Tripoli, G., Gayer-Anderson, C., Quigley, H., ... van der Ven, E. (2019). The contribution of cannabis use to variation in the incidence of psychotic disorder across Europe (EU-GEI): a multicentre case-control study. *The Lancet Psychiatry*, 6(5), 427-436. doi: 10.1016/s2215-0366(19)30048-3
- Disley, B. (1999). Early Intervention in Psychosis Guidance Note (p. 24). Wellington, New Zealand.
- Early Intervention in Psychosis Network (EIPN). (2016). Standards for Early Intervention in Psychosis Services. Dans F. Brightey-Gibbons, S. Hodge et L. Palmer (dir.), (p. 62). London: Royal College of Psychiatrists.
- Early Psychosis Guidelines Writing Group and EPPIC National Support Program. (2016). Australian Clinical Guidelines for Early Psychosis (2^e éd., p. 133). Melbourne: Orygen, The National Centre of Excellence in Youth Mental Health.
- Early Psychosis Prevention and Intervention Centre (2001). *Le case management dans la psychose débutante: un manuel*. (Traduit par P. Conus, A. Maire et A. Polari). Parkville, VIC: Early Psychosis Prevention and Intervention Centre.
- Early Psychosis Services N.B. (2011). Administrative guidelines (p. 7). Fredericton, New Brunswick: Addiction, Mental Health and Primary Health Care Services.
- Ehmann, T., Hanson, L., Yager, J., Dolazell, K. et Gilbert, M. (2010). Standards and Guidelines for Early Psychosis Intervention (EPI) Programs (p. 105): British Columbia Ministry of Health Services.
- Erickson, D. H., Roes, M. M., DiGiacomo, A. et Burns, A. (2021). "Individual Placement and Support" boosts employment for early psychosis clients, even when baseline rates are high. *Early Interv Psychiatry*, 15(3), 662-668. doi: 10.1111/eip.13005
- Essock, S. M., Nossel, I. R., McNamara, K., Bennett, M. E., Buchanan, R. W., Kreyenbuhl, J. A., ... Dixon, L. B. (2015). Practical Monitoring of Treatment Fidelity: Examples From a Team-Based Intervention for People With Early Psychosis. *Psychiatr Serv*, 66(7), 674-676. doi: 10.1176/appi.ps.201400531
- Flynn, M., Austin, A., Lang, K., Allen, K., Bassi, R., Brady, G., ... Schmidt, U. (2021). Assessing the impact of First Episode Rapid Early Intervention for Eating Disorders on duration of untreated eating disorder: A multi-centre quasi-experimental study. *Eur Eat Disord Rev*, 29(3), 458-471. doi: 10.1002/erv.2797
- Fukui, S., Wu, W. et Salyers, M. P. (2019). Impact of Supervisory Support on Turnover Intention: The Mediating Role of Burnout and Job Satisfaction in a Longitudinal Study. *Adm Policy Ment Health*, 46(4), 488-497. doi: 10.1007/s10488-019-00927-0

- Fusar-Poli, P., Bonoldi, I., Yung, A. R., Borgwardt, S., Kempton, M. J., Valmaggia, L., ... McGuire, P. (2012). Predicting psychosis: meta-analysis of transition outcomes in individuals at high clinical risk. *Arch Gen Psychiatry*, 69(3), 220-229. doi: 10.1001/archgenpsychiatry.2011.1472
- Fusar-Poli, P., Salazar de Pablo, G., Correll, C. U., Meyer-Lindenberg, A., Millan, M. J., Borgwardt, S., ... Arango, C. (2020). Prevention of Psychosis: Advances in Detection, Prognosis, and Intervention. *JAMA Psychiatry*, 77(7), 755-765. doi: 10.1001/jamapsychiatry.2019.4779
- Gilbert, M. et Jackson, O. (2014). Proposition de guide à l'implantation des équipes de premier épisode psychotique (p. 17). Montréal: Centre national d'excellence en santé mentale.
- Grawe, R. W., Falloon, I. R., Widen, J. H. et Skogvoll, E. (2006). Two years of continued early treatment for recent-onset schizophrenia: a randomised controlled study. *Acta Psychiatr Scand*, 114(5), 328-336. doi: 10.1111/j.1600-0447.2006.00799.x
- Haller, D. M., Meynard, A., Pejic, D., Sredic, A., Huseinagic, S., Courvoisier, D. S., ... Narring, F. (2012). YFHS-WHO+ Questionnaire: validation of a measure of youth-friendly primary care services. *J Adolesc Health*, 51(5), 422-430. doi: 10.1016/j.jadohealth.2012.01.019
- Hansen, H., Stige, S. H., Davidson, L., Moltu, C. et Veseth, M. (2018). How Do People Experience Early Intervention Services for Psychosis? A Meta-Synthesis. *Qual Health Res*, 28(2), 259-272. doi: 10.1177/1049732317735080
- Harrison, G., Hopper, K., Craig, T., Laska, E., Siegel, C., Wanderling, J., ... Wiersma, D. (2001). Recovery from psychotic illness: a 15- and 25-year international follow-up study. *Br J Psychiatry*, 178, 506-517. doi: 10.1192/bjp.178.6.506
- Hastrup, L. H., Kronborg, C., Bertelsen, M., Jeppesen, P., Jorgensen, P., Petersen, L., ... Nordentoft, M. (2013). Cost-effectiveness of early intervention in first-episode psychosis: economic evaluation of a randomised controlled trial (the OPUS study). *Br J Psychiatry*, 202(1), 35-41. doi: 10.1192/bjp.bp.112.112300
- Hawke, L. D., Mehra, K., Settipani, C., Relihan, J., Darnay, K., Chaim, G. et Henderson, J. (2019). What makes mental health and substance use services youth friendly? A scoping review of literature. *BMC Health Serv Res*, 19(1), 257. doi: 10.1186/s12913-019-4066-5
- Hegelstad, W. T., Larsen, T. K., Auestad, B., Evensen, J., Haahr, U., Joa, I., ... McGlashan, T. (2012). Long-term follow-up of the TIPS early detection in psychosis study: effects on 10-year outcome. *Am J Psychiatry*, 169(4), 374-380. doi: 10.1176/appi.ajp.2011.11030459
- Heinssen, R. K., Goldstein, A. B. et Azrin, S. T. (2014). Evidence-based treatments for first episode psychosis: Components of specialty care. *National Institute of Mental Health White Paper*.
- Henry, L. P., Amminger, G. P., Harris, M. G., Yuen, H. P., Harrigan, S. M., Prosser, A. L., ... McGorry, P. D. (2010). The EPPIC follow-up study of first-episode psychosis: longer-term clinical and functional outcome 7 years after index admission. *J Clin Psychiatry*, 71(6), 716-728. doi: 10.4088/JCP.08m04846yel
- Hetrick, S. E., O'Connor, D. A., Staveland, H., Hughes, F., Pennell, K., Killackey, E. et McGorry, P. D. (2018). Development of an implementation guide to facilitate

- the roll-out of early intervention services for psychosis. *Early Interv Psychiatry*, 12(6), 1100-1111. doi: 10.1111/eip.12420
- Hogarty, G. E., Anderson, C. M., Reiss, D. J., Kornblith, S. J., Greenwald, D. P., Ulrich, R. F. et Carter, M. (1991). Family psychoeducation, social skills training, and maintenance chemotherapy in the aftercare treatment of schizophrenia. II. Two-year effects of a controlled study on relapse and adjustment. Environmental-Personal Indicators in the Course of Schizophrenia (EPICS) Research Group. *Arch Gen Psychiatry*, 48(4), 340-347. doi: 10.1001/arch-psyc.1991.01810280056008
- Howes, O. D., Whitehurst, T., Shatalina, E., Townsend, L., Onwordi, E. C., Mak, T. L. A., ... Osugo, M. (2021). The clinical significance of duration of untreated psychosis: an umbrella review and random-effects meta-analysis. *World Psychiatry*, 20(1), 75-95. doi: 10.1002/wps.20822
- Hughes, F., Stavely, H., Simpson, R., Goldstone, S., Pennell, K. et McGorry, P. (2014). At the heart of an early psychosis centre: the core components of the 2014 Early Psychosis Prevention and Intervention Centre model for Australian communities. *Australas Psychiatry*, 22(3), 228-234. doi: 10.1177/1039856214530479
- Initiative to Reduce the Impact of Schizophrenia. (2012). IRIS Guidelines Update September 2012 (p. 30): IRIS Initiative Ltd.
- Iyer, S., Jordan, G., MacDonald, K., Joobar, R. et Malla, A. (2015). Early intervention for psychosis: a Canadian perspective. *J Nerv Ment Dis*, 203(5), 356-364. doi: 10.1097/NMD.0000000000000288
- Iyer, S. N., Malla, A., Taksal, A., Maraj, A., Mohan, G., Ramachandran, P., ... Rangaswamy, T. (2020). Context and contact: a comparison of patient and family engagement with early intervention services for psychosis in India and Canada. *Psychol Med*, 1-10. doi: 10.1017/S0033291720003359
- Iyer, S. N. et Malla, A. K. (2014). Intervention précoce pour la psychose: concepts, connaissances actuelles et orientations futures. *Santé mentale au Québec*, 39(2), 201-229. doi: 10.7202/1027840ar
- Johannessen, J. O., McGlashan, T. H., Larsen, T. K., Horneland, M., Joa, I., Mardal, S., ... Vaglum, P. (2001). Early detection strategies for untreated first-episode psychosis. *Schizophr Res*, 51(1), 39-46. doi: 10.1016/s0920-9964(01)00237-7
- Johnson, J., Hall, L. H., Berzins, K., Baker, J., Melling, K. et Thompson, C. (2018). Mental healthcare staff well-being and burnout: A narrative review of trends, causes, implications, and recommendations for future interventions. *Int J Ment Health Nurs*, 27(1), 20-32. doi: 10.1111/inm.12416
- Jones, A. M., Shealy, K. M., Reid-Quinones, K., Moreland, A. D., Davidson, T. M., Lopez, C. M., ... de Arellano, M. A. (2014). Guidelines for establishing a telemental health program to provide evidence-based therapy for trauma-exposed children and families. *Psychol Serv*, 11(4), 398-409. doi: 10.1037/a0034963
- Kampman, O., Laippala, P., Vaananen, J., Koivisto, E., Kiviniemi, P., Kilkku, N. et Lehtinen, K. (2002). Indicators of medication compliance in first-episode psychosis. *Psychiatry Res*, 110(1), 39-48. doi: 10.1016/s0165-1781(02)00030-6
- Kane, J. M., Robinson, D. G., Schooler, N. R., Mueser, K. T., Penn, D. L., Rosenheck, R. A., ... Heinssen, R. K. (2016). Comprehensive Versus Usual Community Care for First-Episode Psychosis: 2-Year Outcomes From the NIMH RAISE

- Early Treatment Program. *Am J Psychiatry*, 173(4), 362-372. doi: 10.1176/appi.ajp.2015.15050632
- Kendler, K. S. (2020). The Development of Kraepelin's Concept of Dementia Praecox: A Close Reading of Relevant Texts. *JAMA Psychiatry*, 77(11), 1181-1187. doi: 10.1001/jamapsychiatry.2020.1266
- Krabbendam, L. et van Os, J. (2005). Schizophrenia and urbanicity: a major environmental influence--conditional on genetic risk. *Schizophr Bull*, 31(4), 795-799. doi: 10.1093/schbul/sbi060
- Kuipers, E., Holloway, F., Rabe-Hesketh, S., Tennakoon, L., Croydon, O. et Assertive Support, T. (2004). An RCT of early intervention in psychosis: Croydon Outreach and Assertive Support Team (COAST). *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 39(5), 358-363. doi: 10.1007/s00127-004-0754-4
- L'Heureux, S., Nicole, L., Abdel-Baki, A., Roy, M. A., Gingras, N. et Demers, M. F. (2007). [Improving detection and treatment of early psychosis in Quebec: the Quebec association of early psychosis (l'Association quebecoise des programmes pour premiers épisodes psychotiques, AQPPEP), sees to it]. *Sante Ment Que*, 32(1), 299-315. doi: 10.7202/016522ar
- La Presse Canadienne. (2017, 2017-04-29). Québec investit 26,5 millions en santé mentale. *Le Devoir*. Repéré à <https://www.ledevoir.com/societe/sante/497541/quebec-investit-26-5-millions-en-sante-mentale>
- Lal, S., Abdel-Baki, A., Sujanani, S., Bourbeau, F., Sahed, I. et Whitehead, J. (2020). Perspectives of Young Adults on Receiving Telepsychiatry Services in an Urban Early Intervention Program for First-Episode Psychosis: A Cross-Sectional, Descriptive Survey Study. *Front Psychiatry*, 11, 117. doi: 10.3389/fpsyt.2020.00117
- Lappin, J. M., Heslin, M., Jones, P. B., Doody, G. A., Reininghaus, U. A., Demjaha, A., ... Morgan, C. (2016). Outcomes following first-episode psychosis - Why we should intervene early in all ages, not only in youth. *Aust N Z J Psychiatry*, 50(11), 1055-1063. doi: 10.1177/0004867416673454
- Larsen, T. K., McGlashan, T. H., Johannessen, J. O., Friis, S., Guldberg, C., Haahr, U., ... Vaglum, P. (2001). Shortened duration of untreated first episode of psychosis: changes in patient characteristics at treatment. *Am J Psychiatry*, 158(11), 1917-1919. doi: 10.1176/appi.ajp.158.11.1917
- Lecardeur, L., Meunier-Cussac, S., Gozlan, G., Duburcq, A., Courouve, L. et Krebs, M. O. (2020). Prise en charge précoce des psychoses émergentes en France. Recensement, description des activités et besoins en 2018. *L'information psychiatrique*, 96(7), 569-576. doi: 10.1684/ipe.2020.2150
- Lecomte, T., Abdel-Baki, A., Francoeur, A., Cloutier, B., Leboeuf, A., Abadie, P., ... Guay, S. (2020). Group therapy via videoconferencing for individuals with early psychosis: A pilot study. *Early Interv Psychiatry*. doi: 10.1111/eip.13099
- Lecomte, T., Abidi, S., Garcia-Ortega, I., Mian, I., Jackson, K., Jackson, K. et Norman, R. (2017). Canadian Treatment Guidelines on Psychosocial Treatment of Schizophrenia in Children and Youth. *Can J Psychiatry*, 62(9), 648-655. doi: 10.1177/0706743717720195
- Lehman, A. F. et Steinwachs, D. M. (1998). Patterns of usual care for schizophrenia: initial results from the Schizophrenia Patient Outcomes Research Team (PORT)

- Client Survey. *Schizophr Bull*, 24(1), 11-20; discussion 20-32. doi: 10.1093/oxfordjournals.schbul.a033303
- Lester, H., Birchwood, M., Bryan, S., England, E., Rogers, H. et Sirvastava, N. (2009). Development and implementation of early intervention services for young people with psychosis: case study. *Br J Psychiatry*, 194(5), 446-450. doi: 10.1192/bjp.bp.108.053587
- Lester, H., Birchwood, M., Bryan, S., Jones-Morris, N., Kaambwa, B., Richards, J., ... Tzemou, E. (2006). EDEN: Evaluating the Development and Impact of Early Intervention Services (EISs) in the West Midlands (p. 284). London: National Coordinating Centre for the Service Delivery and Organisation.
- Lester, H., Khan, N., Jones, P., Marshall, M., Fowler, D., Amos, T. et Birchwood, M. (2012). Service users' views of moving on from early intervention services for psychosis: a longitudinal qualitative study in primary care. *Br J Gen Pract*, 62(596), e183-190. doi: 10.3399/bjgp12X630070
- Lieberman, J. A., Alvir, J. M., Woerner, M., Degreef, G., Bilder, R. M., Ashtari, M., ... et coll. (1992). Prospective study of psychobiology in first-episode schizophrenia at Hillside Hospital. *Schizophr Bull*, 18(3), 351-371. doi: 10.1093/schbul/18.3.351
- MacDonald, K., Fainman-Adelman, N., Anderson, K. K. et Iyer, S. N. (2018). Pathways to mental health services for young people: a systematic review. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 53(10), 1005-1038. doi: 10.1007/s00127-018-1578-y
- Malla, A., Dama, M., Iyer, S., Joobar, R., Schmitz, N., Shah, J., ... Norman, R. (2021). Understanding Components of Duration of Untreated Psychosis and Relevance for Early Intervention Services in the Canadian Context: Comprendre les Composantes de la Duree de la Psychose Non Traitee et la Pertinence de Services D'intervention Precoce Dans le Contexte Canadien. *Can J Psychiatry*, 66(10), 878-886. doi: 10.1177/0706743721992679
- Malla, A., Joobar, R., Iyer, S., Norman, R., Schmitz, N., Brown, T., ... Abadi, S. (2017). Comparing three-year extension of early intervention service to regular care following two years of early intervention service in first-episode psychosis: a randomized single blind clinical trial. *World Psychiatry*, 16(3), 278-286. doi: 10.1002/wps.20456
- Malla, A. K., Norman, R. M., Manchanda, R. et Townsend, L. (2002). Symptoms, cognition, treatment adherence and functional outcome in first-episode psychosis. *Psychol Med*, 32(6), 1109-1119. doi: 10.1017/s0033291702006050
- Mancini, A. D., Moser, L. L., Whitley, R., McHugo, G. J., Bond, G. R., Finnerty, M. T. et Burns, B. J. (2009). Assertive community treatment: facilitators and barriers to implementation in routine mental health settings. *Psychiatr Serv*, 60(2), 189-195. doi: 10.1176/ps.2009.60.2.189
- Maric, N. P., Andric Petrovic, S., Rojnic-Kuzman, M. et Riecher-Rossler, A. (2019). Implementation of early detection and intervention services for psychosis in Central and Eastern Europe: Current status. *Early Interv Psychiatry*, 13(5), 1283-1288. doi: 10.1111/eip.12805
- Marshall, M., Lockwood, A., Lewis, S. et Fiander, M. (2004). Essential elements of an early intervention service for psychosis: the opinions of expert clinicians. *BMC Psychiatry*, 4, 17. doi: 10.1186/1471-244X-4-17

- McDonald, K., Ding, T., Ker, H., Dliwayo, T. R., Osborn, D. P. J., Wohland, P., ... Kirkbride, J. B. (2021). Using epidemiological evidence to forecast population need for early treatment programmes in mental health: a generalisable Bayesian prediction methodology applied to and validated for first-episode psychosis in England. *Br J Psychiatry Suppl*, 219(1), 383-391. doi: 10.1192/bjp.2021.18
- McGorry, P. (1993). Early psychosis prevention and intervention centre. *Australas Psychiatry*, 1(1), 32-34. doi: 10.3109/10398569309081303
- McGorry, P. D. (2005). Early intervention in psychotic disorders: beyond debate to solving problems. *Br J Psychiatry Suppl*, 48, s108-110. doi: 10.1192/bjp.187.48.s108
- McGorry, P. D. (2015). Early intervention in psychosis: obvious, effective, overdue. *J Nerv Ment Dis*, 203(5), 310-318. doi: 10.1097/NMD.0000000000000284
- McGorry, P. D., Chanen, A., McCarthy, E., Van Riel, R., McKenzie, D. et Singh, B. S. (1991). Posttraumatic stress disorder following recent-onset psychosis. An unrecognized postpsychotic syndrome. *J Nerv Ment Dis*, 179(5), 253-258. doi: 10.1097/00005053-199105000-00002
- Melau, M., Albert, N. et Nordentoft, M. (2019). Development of a fidelity scale for Danish specialized early interventions service. *Early Interv Psychiatry*, 13(3), 568-573. doi: 10.1111/eip.12523
- Melle, I., Johannesen, J. O., Friis, S., Haahr, U., Joa, I., Larsen, T. K., ... McGlashan, T. (2006). Early detection of the first episode of schizophrenia and suicidal behavior. *Am J Psychiatry*, 163(5), 800-804. doi: 10.1176/ajp.2006.163.5.800
- Melton, R., Blea, P., Hayden-Lewis, K. A., Penkin, A., Roberts, M., Sale, T. et Sisko, S. (2013). Practice Guidelines for Oregon Early Assessment and Support Alliance (EASA) (p. 88).
- Mihalopoulos, C., Harris, M., Henry, L., Harrigan, S. et McGorry, P. (2009). Is early intervention in psychosis cost-effective over the long term? *Schizophr Bull*, 35(5), 909-918. doi: 10.1093/schbul/sbp054
- Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2017). Cadre de référence: Programmes d'interventions pour premiers épisodes psychotiques (PPEP) (p. 56). Québec, Canada: Gouvernement du Québec.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2020, 2020-12-01). Le ministre Lionel Carmant annonce un financement de 10 M\$ permettant d'offrir un meilleur accès aux services destinés aux jeunes ayant de premiers épisodes psychotiques. Repéré le 2021-01-08 2021 à <https://www.msss.gouv.qc.ca/ministere/salle-de-presse/communiqué-2481/>
- Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2021). Aire ouverte: services pour les jeunes de 12 à 25 ans. Repéré le 27-04-2021 à <https://www.quebec.ca/sante/trouver-une-ressource/aire-ouverte>
- Moser, L. L., Deluca, N. L., Bond, G. R. et Rollins, A. L. (2004). Implementing evidence-based psychosocial practices: lessons learned from statewide implementation of two practices. *CNS Spectr*, 9(12), 926-936. doi: 10.1017/s1092852900009780
- National Collaborating Centre for Mental Health. (2013). Psychosis and Schizophrenia in Children and Young People: The NICE Guideline on Recognition and Management (p. 509). Leicester: The British Psychological Society and The Royal College of Psychiatrists.

- National Institute for Health and Care Excellence. (2016). Implementing the Early Intervention in Psychosis Access and Waiting Time Standard: Guidance (p. 57). London, United Kingdom.
- Neil, S. T., Nothard, S., Glentworth, D. et Stewart, E. (2010). A study to evaluate the provision of psychosocial supervision within an Early Intervention team. *The Cognitive Behaviour Therapist*, 3(2), 58-70. doi: 10.1017/s1754470x1000005x
- Nelson, T. D., Steele, R. G. et Mize, J. A. (2006). Practitioner attitudes toward evidence-based practice: themes and challenges. *Adm Policy Ment Health*, 33(3), 398-409. doi: 10.1007/s10488-006-0044-4
- Niendam, T. A., Sardo, A., Savill, M., Patel, P., Xing, G., Loewy, R. L., ... Melnikow, J. (2019). The Rise of Early Psychosis Care in California: An Overview of Community and University-Based Services. *Psychiatr Serv*, 70(6), 480-487. doi: 10.1176/appi.ps.201800394
- NIMHE National Early Intervention Programme. (2008). Early Intervention (EI) Acceptance Criteria Guidance (p. 22).
- Nolin, M., Malla, A., Tibbo, P., Norman, R. et Abdel-Baki, A. (2016). Early Intervention for Psychosis in Canada: What Is the State of Affairs? *Can J Psychiatry*, 61(3), 186-194. doi: 10.1177/0706743716632516
- Nordentoft, M., Madsen, T. et Fedyszyn, I. (2015). Suicidal behavior and mortality in first-episode psychosis. *J Nerv Ment Dis*, 203(5), 387-392. doi: 10.1097/NMD.0000000000000296
- Nordentoft, M., Melau, M., Iversen, T., Petersen, L., Jeppesen, P., Thorup, A., ... Jorgensen, P. (2015). From research to practice: how OPUS treatment was accepted and implemented throughout Denmark. *Early Interv Psychiatry*, 9(2), 156-162. doi: 10.1111/eip.12108
- Nordentoft, M., Rasmussen, J. O., Melau, M., Hjorthøj, C. R. et Thorup, A. A. (2014). How successful are first episode programs? A review of the evidence for specialized assertive early intervention. *Curr Opin Psychiatry*, 27(3), 167-172. doi: 10.1097/YCO.0000000000000052
- Nordentoft, M., Wahlbeck, K., Hallgren, J., Westman, J., Osby, U., Alinaghizadeh, H., ... Laursen, T. M. (2013). Excess mortality, causes of death and life expectancy in 270,770 patients with recent onset of mental disorders in Denmark, Finland and Sweden. *PLoS One*, 8(1), e55176. doi: 10.1371/journal.pone.0055176
- Nossel, I., Wall, M. M., Scodes, J., Marino, L. A., Zilkha, S., Bello, I., ... Dixon, L. (2018). Results of a Coordinated Specialty Care Program for Early Psychosis and Predictors of Outcomes. *Psychiatr Serv*, 69(8), 863-870. doi: 10.1176/appi.ps.201700436
- Nova Scotia Department of Health. (2009). Standards for Mental Health Services In Nova Scotia (p. 225). Halifax, Nova Scotia.
- Nugter, M. A., Engelsbel, F., Bahler, M., Keet, R. et van Veldhuizen, R. (2016). Outcomes of FLEXIBLE Assertive Community Treatment (FACT) Implementation: A Prospective Real Life Study. *Community Ment Health J*, 52(8), 898-907. doi: 10.1007/s10597-015-9831-2
- Ontario Ministry of Health and Long-Term Care. (2011). Early Psychosis Intervention Program Standards (p. 36).

- Pelosi, A. J. et Birchwood, M. (2003). Is early intervention for psychosis a waste of valuable resources? *Br J Psychiatry*, 182, 196-198. doi: 10.1192/bjp.182.3.196
- Perkins, D. O., Gu, H., Boteva, K. et Lieberman, J. A. (2005). Relationship between duration of untreated psychosis and outcome in first-episode schizophrenia: a critical review and meta-analysis. *Am J Psychiatry*, 162(10), 1785-1804. doi: 10.1176/appi.ajp.162.10.1785
- Petersen, L., Jeppesen, P., Thorup, A., Abel, M. B., Ohlenschlaeger, J., Christensen, T. O., ... Nordentoft, M. (2005). A randomised multicentre trial of integrated versus standard treatment for patients with a first episode of psychotic illness. *BMJ*, 331(7517), 602. doi: 10.1136/bmj.38565.415000.E01
- Phillips, S. D., Burns, B. J., Edgar, E. R., Mueser, K. T., Linkins, K. W., Rosenheck, R. A., ... McDonel Herr, E. C. (2001). Moving assertive community treatment into standard practice. *Psychiatr Serv*, 52(6), 771-779. doi: 10.1176/appi.ps.52.6.771
- Puntis, S., Oke, J. et Lennox, B. (2018). Discharge pathways and relapse following treatment from early intervention in psychosis services. *BJPsych Open*, 4(5), 368-374. doi: 10.1192/bjo.2018.50
- Renwick, L., Gavin, B., McGlade, N., Lacey, P., Goggins, R., Jackson, D., ... O'Callaghan, E. (2008). Early intervention service for psychosis: views from primary care. *Early Interv Psychiatry*, 2(4), 285-290. doi: 10.1111/j.1751-7893.2008.00090.x
- Rickwood, D., Paraskakis, M., Quin, D., Hobbs, N., Ryall, V., Trethowan, J. et McGorry, P. (2019). Australia's innovation in youth mental health care: The headspace centre model. *Early Interv Psychiatry*, 13(1), 159-166. doi: 10.1111/eip.12740
- Rodrigues, R. et Anderson, K. K. (2017). The traumatic experience of first-episode psychosis: A systematic review and meta-analysis. *Schizophr Res*, 189, 27-36. doi: 10.1016/j.schres.2017.01.045
- Roe, D., Mashiach-Eizenberg, M., Garber Epstein, P., Yamin, A., Hoter Ishay, G. et Zisman-Ilani, Y. (2021). Implementation of NAVIGATE for first episode psychosis in Israel: Clients' characteristics, program utilization and ratings of change. *Early Interv Psychiatry*, 15(5), 1343-1348. doi: 10.1111/eip.13055
- Semisa, D., Lora, A., Morosini, P. et Ruggeri, M. (2008). The SIEP-DIRECT'S Project on the discrepancy between routine practice and evidence in the treatment of schizophrenia. The design, the indicators, and the methodology of the study. *Epidemiologia E Psichiatria Sociale-an International Journal for Epidemiology and Psychiatric Sciences*, 17(4), 278-290. doi: Doi 10.1017/S1121189x00000099
- Shah, J. L., Scott, J., McGorry, P. D., Cross, S. P. M., Keshavan, M. S., Nelson, B., ... International Working Group on Transdiagnostic Clinical Staging in Youth Mental, H. (2020). Transdiagnostic clinical staging in youth mental health: a first international consensus statement. *World Psychiatry*, 19(2), 233-242. doi: 10.1002/wps.20745
- Simon, G. E., Stewart, C., Yarborough, B. J., Lynch, F., Coleman, K. J., Beck, A., ... Hunkeler, E. M. (2018). Mortality Rates After the First Diagnosis of Psychotic Disorder in Adolescents and Young Adults. *JAMA Psychiatry*, 75(3), 254-260. doi: 10.1001/jamapsychiatry.2017.4437

- Tarride, J. E., Blackhouse, G., Abdel-Baki, A., Latimer, E., Muldave, G., Cooper, B., Langill, G., Milinkovic, D., Stennett, R. et Hurley, J. (2022). Economic Evaluation of Early Psychosis Interventions From A Canadian Perspective. *Canadian Journal of Psychiatry*. <https://doi.org/doi:10.1177/0706743722108704>
- The Italian national guidelines system (SNLG). (2009). Early intervention in schizophrenia - Guidelines (p. 68). Milan: The Italian national guidelines system.
- van Os, J., Hanssen, M., Bijl, R. V. et Vollebergh, W. (2001). Prevalence of psychotic disorder and community level of psychotic symptoms: an urban-rural comparison. *Arch Gen Psychiatry*, 58(7), 663-668. doi: 10.1001/archpsyc.58.7.663
- Woltmann, E. M., Whitley, R., McHugo, G. J., Brunette, M., Torrey, W. C., Coots, L., ... Drake, R. E. (2008). The role of staff turnover in the implementation of evidence-based practices in mental health care. *Psychiatr Serv*, 59(7), 732-737. doi: 10.1176/ps.2008.59.7.732
- Wyatt, R. J. (1991). Neuroleptics and the natural course of schizophrenia. *Schizophr Bull*, 17(2), 325-351. doi: 10.1093/schbul/17.2.325
- Xavier, S. M., Jarvis, E., Ouellet-Plamondon, C., Gagné, G., Abdel-Baki, A. et Iyer, S. (2021). Comment les services d'intervention précoce pour la psychose peuvent-ils mieux servir les migrants, les minorités ethniques et les populations autochtones?. *Santé mentale au Québec*, 46(2).
- Yanchus, N. J., Periard, D. et Osatuke, K. (2017). Further examination of predictors of turnover intention among mental health professionals. *J Psychiatr Ment Health Nurs*, 24(1), 41-56. doi: 10.1111/jpm.12354

L'état mental à risque : au-delà de la prévention de la psychose

Jean-François Morin^{a*}

Jean-Gabriel Daneault^{b*}

Marie-Odile Krebs^c

Jai Shah^d

Alessandra Solida-Tozzi^e

RÉSUMÉ Objectifs Cet article vise à contextualiser et réviser les interventions auprès des patients avec un état mental à risque de psychose (EMR-P).

Méthode Il s'agit d'une synthèse des écrits portant sur l'EMR-P, plus précisément sur le développement des critères qui le définissent, l'évolution des patients qui en souffrent, les principales interventions étudiées jusqu'à maintenant et les services cliniques développés à ce jour.

* Jean-François Morin et Jean-Gabriel Daneault sont les deux auteurs principaux.

- a. MD, M. Sc., psychiatre, Clinique pour jeunes adultes ayant eu un épisode psychotique (JAP), Centre hospitalier de l'Université de Montréal – Professeur adjoint, Département de psychiatrie et d'addictologie, Université de Montréal.
- b. MD, psychiatre, Clinique Jean-Pierre Mottard – Programme des premiers épisodes psychotiques, Hôpital en santé mentale Albert-Prévost, CIUSSS du Nord-de-l'Île-de-Montréal – Professeur adjoint, Département de psychiatrie et d'addictologie, Université de Montréal.
- c. MD, Ph. D., Professeur en Psychiatrie, Université de Paris, INSERM, IPNP UMR 1266, GHU Paris Psychiatrie et Neurosciences – Pôle PEPIT, C'JAAD, Institut de psychiatrie (GDR 3557)- Réseau transition, Paris.
- d. MD, M. Sc., psychiatre, Programme d'évaluation, d'intervention et de prévention des psychoses de Montréal (PEPP-Montréal), Institut universitaire en santé mentale Douglas – Chercheur, Centre de recherche Douglas – Professeur adjoint, Département de psychiatrie, Université McGill.
- e. M.D., psychiatre, Responsable du Programme TIPP, Service de psychiatrie générale, Département de psychiatrie, Centre hospitalier universitaire vaudois (CHUV), Lausanne.

Résultats Les critères qui définissent l'EMR-P ont été développés à partir des observations sur le prodrome des troubles psychotiques, pour prévenir ou retarder le début de la psychose. Ces critères permettent d'identifier 3 grands groupes de patients qui demandent de l'aide parce qu'ils sont souffrants et présentent des problèmes de fonctionnement. L'évaluation diagnostique demeure une étape cruciale qui comporte certains défis pour les cliniciens. Une proportion significative des patients avec un EMR-P ne développera pas de trouble psychotique. L'évolution peut toutefois être défavorable même lorsqu'il n'y a pas développement d'un trouble psychotique. Certaines interventions ont heureusement été étudiées pour améliorer l'état clinique des patients EMR-P. Elles se divisent principalement en 2 catégories : les approches psychosociales et la pharmacothérapie. Des initiatives cliniques visant à évaluer et offrir un soutien à ces patients ont vu le jour dans le monde, dont en Suisse, en France et au Canada. Plusieurs facteurs, notamment l'organisation du système de santé, influencent la mise en place et l'intégration de ces services au sein des structures existantes. Sachant qu'une faible proportion des patients EMR-P évoluera vers un trouble psychotique, il serait pertinent d'offrir les interventions dans des lieux non stigmatisants et adaptés pour les jeunes, possiblement distincts des cliniques pour les premiers épisodes psychotiques.

Conclusion Les interventions auprès des patients EMR-P vont bien au-delà de la prévention de la psychose. Elles répondent à des besoins cliniques légitimes. Une réflexion s'impose pour les déployer adéquatement dans les lieux les plus appropriés.

MOTS CLÉS état mental à risque, prodrome, psychose, schizophrénie

The Clinical High-Risk State: Beyond the Prevention of Psychosis

ABSTRACT Objectives This article aims to contextualize and review interventions for patients with a clinical high-risk (CHR) state for psychosis.

Method This review explores the literature on the CHR state and focuses more precisely on the development of its defining criteria, the evolution of CHR patients, the main interventions studied so far, and the clinical services implemented to date.

Results The CHR criteria were developed from observations on the prodrome of psychotic disorders to prevent or delay the onset of psychosis. These criteria help defining three distinct groups of patients who seek help because of significant distress and functional impairments. The diagnostic evaluation remains a critical step that represents a challenge for clinicians. A significant proportion of CHR patients will not develop a psychotic disorder. And the course can be unfavorable even if there is no conversion to a psychotic disorder. In order to improve the clinical conditions of CHR patients, several interventions have been developed and studied. They fall into two main categories: psychosocial approaches and pharmacotherapy. Clinical initiatives to assess and provide support to these patients have emerged around the world, including in Switzerland, in France, and in Canada. The

implementation and the integration of these services within existing health care system are influenced by several factors, including the organization of health care structures. Knowing that only a small proportion of CHR patients will progress to a psychotic disorder, it is relevant to offer these interventions in non-stigmatizing and youth-friendly places. These services would possibly be distinct from first-episode psychosis programs.

Conclusion Interventions for CHR patients go well beyond the prevention of psychosis. They meet legitimate clinical needs. We must think about how to deploy them adequately in the most appropriate places.

KEYWORDS clinical high risk, prodrome, psychosis, schizophrenia.

1. Introduction

«Un grand nombre de nos patients ont montré, pendant des années avant la cassure du début de la maladie, des signes évidents qu'un trouble s'installait (...). Je suis convaincu que plusieurs cas naissants pourraient être stoppés avant que le contact avec la réalité ne soit complètement perdu (...). L'attente n'est pas la méthode de choix pour les difficultés de la jeunesse, et de mettre à leur disposition une expérience utile est notre seul espoir (traduction libre de [Sullivan, 1927]).»

Harry Stack Sullivan soulignait dès 1927 que les psychiatres ne voyaient pas suffisamment de ces patients qu'il qualifiait de «prépsychotiques». Il proposait déjà une forme d'intervention précoce, adaptée au stade de la maladie. Les troubles psychotiques peuvent effectivement être classifiés par stade, allant de l'état qui précède l'apparition de la condition psychotique jusqu'à la maladie sévère, persistante et résistante, en passant par la maladie débutante (P. D. McGorry, Nelson, Goldstone et Yung, 2010). Birchwood et ses collaborateurs ont aussi proposé une «période critique» de 2 à 5 ans suivant l'apparition de la psychose pendant laquelle des interventions précoces et intensives pourraient potentiellement améliorer l'évolution des troubles psychotiques émergents (Birchwood, Todd et Jackson, 1998). Plusieurs études ont en effet démontré qu'une longue durée de psychose non traitée était associée à une moins bonne évolution (Marshall et coll., 2005). C'est dans cet esprit que plusieurs ont voulu identifier le stade qui précède le début du trouble psychotique, pour intervenir et empêcher ou retarder son apparition, ou à tout le moins réduire au minimum la durée de psychose non traitée. Ce stade a été nommé de plusieurs façons: principalement, *at-risk mental state* (ARMS), ou état mental à risque de psychose (EMR-P)

en français, *ultra-high risk* (UHR), et *clinical high-risk* (CHR). Dans les 3 dernières décennies, les patients EMR-P ont fait l'objet d'une multitude d'études visant à les caractériser. Plusieurs se sont intéressées à leur évolution, pour y découvrir des adolescents et des jeunes adultes souffrants, peu fonctionnels, qui demandent de l'aide et qui peuvent bénéficier d'interventions cliniques. Cet article propose une révision des principales études récentes sur l'EMR-P, pour contextualiser les interventions auprès des patients qui en souffrent.

2. Méthode

Pour cette synthèse des écrits, des auteurs de pays francophone ont été contactés pour leur expérience auprès des patients EMR-P. Les mots clés «*at-risk mental state*», «*ultra-high risk*», «*clinical high-risk*» et «*psychosis*» ont été recherchés sur les bases de données *Pubmed*, *Medline* et *Google Scholar*. De notre revue initiale, en date du 28 mars 2021, 2 431 articles ont émergé. Étant donné l'exploration de notre sujet sous différents angles (nosologie, traitements, évolution, etc.) et la vastitude de la littérature, nous avons donc également révisé des articles bien connus des auteurs du manuscrit, dont certains, avant les années 2000. Certains de ces articles nous ont menés à d'autres publications, qui avaient selon nous une pertinence historique, entre autres les écrits d'H.S. Sullivan cités au tout début du manuscrit. Les autres articles retenus dans le manuscrit final n'ont pas été le fruit d'une révision systématique de l'ensemble des articles qui avaient émergé des recherches documentaires initiales; ils ont plutôt été sélectionnés de façon pragmatique (pour leur capacité à répondre aux questions abordées dans le manuscrit) et après révision des auteurs. Les auteurs ont privilégié les revues systématiques et les publications portant sur un grand nombre de participants. Au total, plus de 100 articles ont été révisés pour décrire le développement des critères de l'EMR-P, l'évolution des patients EMR-P, les interventions pharmacologiques et psychosociales et les principaux programmes existants ou en développement en Suisse, en France et au Canada.

3. Résultats

3.1 Le développement des critères de l'EMR-P

Le prodrome de la psychose correspond à une période continue de symptômes non psychotiques qui précède l'apparition d'un premier épisode psychotique (PEP) (Shah et coll., 2017 ; Yung et McGorry, 1996). Au fil des ans, l'étude du prodrome a permis d'identifier des changements annonciateurs d'un PEP. Ces changements ne sont toutefois pas pathognomoniques à la psychose, et il n'est possible de confirmer le prodrome qu'une fois le PEP survenu. Ainsi, alors que les premières études sur cette période ont été basées sur des descriptions rétrospectives par les patients ayant vécu un PEP ou par leurs proches, il a fallu, pour étudier le stade qui précède le début du trouble psychotique de façon prospective, définir des critères précis permettant la recherche clinique au sein de la communauté scientifique. Dans ce contexte, Yung et coll. ont utilisé les critères prodromiques du DSM-III-R pour développer un instrument permettant d'identifier l'EMR-P : l'échelle CAARMS (*Comprehensive Assessment of At-Risk Mental States*) (Yung et coll., 2005). En parallèle, la clinique *Personal Assessment and Crisis Evaluation* (PACE) a été créée à Melbourne, en Australie, pour identifier et soutenir les patients EMR-P (Phillips et coll., 2002). Des instruments, comme la SIPS (*Structured Interview for Prodromal Syndromes*) (Miller et coll., 1999), ont été développés. Des programmes dédiés à l'EMR-P et offrant des soins habituellement intégrés à la recherche clinique ont vu le jour en Europe et en Amérique du Nord, puis dans le reste du monde (Kotlicka-Antczak et coll., 2020).

En résumé, la CAARMS et la SIPS sont les 2 instruments les plus couramment utilisés pour identifier les individus qui correspondent à une ou plusieurs des trois catégories considérées à risque : 1) celle des symptômes psychotiques atténués (SPA ou *Attenuated Psychotic Symptoms - APS*) ; 2) celle des symptômes psychotiques avérés, mais brefs (moins d'une semaine) et autorésolutifs ou symptômes psychotiques intermittents brefs (SPIB ou *Brief intermittent psychotic symptoms—BIPS* ou *Brief limited intermittent psychotic symptoms—BLIPS*) ; 3) celle d'une détérioration significative du fonctionnement avec des antécédents familiaux de psychose ou risque génétique avec détérioration (RGD ou *Genetic risk and deterioration syndrome — GRD*) (P. Fusar-Poli et coll., 2013). Pour être considérés comme à risque, par définition, ces individus doivent aussi être souffrants ou présenter

des problèmes de fonctionnement les amenant à consulter, car ces instruments n'ont pas été élaborés pour être utilisés dans la population générale.

En 2015, l'Association européenne de Psychiatrie a proposé un critère complémentaire aux précédents. Ce critère de *Cognitive Disturbances* (COGDIS) est issu du concept des «symptômes de base», qui constitue une constellation de phénomènes cliniques très subtils et éminemment subjectifs, décrits dans des études européennes, notamment allemandes (Klosterkotter, Hellmich, Steinmeyer et Schultze-Lutter, 2001). Les COGDIS pourraient précéder les symptômes psychotiques positifs atténués et constitueraient un stade très précoce de l'EMR-P (Michel et coll., 2017). Ils peuvent accroître le risque de transition psychotique lorsqu'ils sont associés aux critères EMR-P (Schultze-Lutter, Klosterkotter et Ruhrmann, 2014).

Chez les patients EMR-P évalués avec la CAARMS ou la SIPS, environ 85 % appartiennent à la catégorie SPA, 10 % à la catégorie SPIB et 5 % à la catégorie RGD (Fusar-Poli, Cappucciati, Borgwardt, et coll., 2016). Au moment de l'évaluation initiale dans un programme dédié à l'EMR-P, les symptômes de l'EMR-P ont été présents pour une durée moyenne de plus de 2 ans (Polari et coll., 2018). Ils sont accompagnés de symptômes négatifs, d'une diminution du fonctionnement scolaire, social et professionnel, et d'une qualité de vie abaissée (P. Fusar-Poli et coll., 2013). Ils sont aussi associés à un risque augmenté d'idées et de gestes suicidaires (Kelleher et coll., 2012). Différents domaines de la cognition sont touchés, notamment l'apprentissage verbal, la mémoire, la vitesse de traitement de l'information et l'attention (Addington et Barbato, 2012; Hauser et coll., 2017). L'ensemble de ces symptômes se rapproche davantage d'un véritable syndrome clinique nécessitant des soins adaptés que d'un simple état qui ne serait qu'à risque de complications (P. D. McGorry et coll., 2020; Yung et coll., 2021). En d'autres mots, il ne s'agit pas seulement de prévenir une transition vers la psychose, mais aussi de traiter les symptômes et les problèmes de fonctionnement.

Les symptômes ont aussi tendance à fluctuer dans le temps : par exemple, des symptômes initialement d'allure psychotique, mais sous le seuil de la psychose, peuvent évoluer vers un trouble dépressif, un trouble anxieux ou un autre trouble psychiatrique (Addington et coll., 2011; Carrion et coll., 2013; A. E. Simon, Umbricht, Lang et Borgwardt, 2014). C'est, entre autres, pour cette raison que l'EMR-P n'est pas un diagnostic défini par le DSM-5 et que le concept de

syndrome de psychose atténuée (qui peut se comparer à une douleur rétrosternale – soit une condition qui est désagréable, qui mène habituellement à une recherche d'aide, et qui peut s'avérer le symptôme d'une maladie cardiaque grave, mais aussi le symptôme d'autres conditions médicales, ou encore d'un état bénin qui rentre rapidement dans l'ordre) a plutôt été placé dans la section des affections proposées pour études supplémentaires (Zachar, First et Kendler, 2020). Il peut alors devenir ardu de sélectionner les interventions appropriées. Une approche transdiagnostique et basée sur les stades d'évolution est ainsi proposée pour offrir des traitements adaptés aux besoins de chaque patient (Hartmann et coll., 2019 ; P. McGorry et Nelson, 2016 ; P. D. McGorry, Hartmann, Spooner et Nelson, 2018). Par exemple, un patient qui présenterait des SPA légers et qui consulterait aussi pour un trouble d'anxiété sociale pourrait bénéficier d'une psychothérapie cognitive comportementale portant sur l'anxiété sociale, alors qu'un autre qui serait dérangé par des SPA plus envahissants pourrait bénéficier d'autres interventions plus spécifiques pour les SPA (qui seront décrites dans la section 3.4).

3.2 L'évolution de l'EMR-P

Une méta-analyse a montré que les taux de transition vers la psychose chez les patients EMR-P (dans laquelle le statut SPIB n'était pas considéré dans les variables étudiées) étaient de 15 à 30 % à un an (Fusar-Poli et coll., 2012). Après 48 mois, le taux de transition était plus élevé chez les SPIB (38 %) en comparaison aux SPA (24 %) et aux RGD (8 %) (Fusar-Poli, Cappucciati, Borgwardt, et coll., 2016). Ce dernier taux (celui des RGD) n'était pas significativement plus élevé que celui des patients qui avaient été évalués dans les cliniques de détection pour les EMR-P, mais chez qui il n'y avait pas d'EMR-P selon cette évaluation (Fusar-Poli, Cappucciati, Borgwardt, et coll., 2016). Les taux de transition vers la psychose des SPIB sont en effet nettement plus élevés que ceux des autres groupes, ce qui amène certains auteurs à les considérer comme un groupe à part, entre l'EMR-P et le trouble psychotique de la lignée de la schizophrénie (Fusar-Poli, Cappucciati, Borgwardt, et coll., 2016). Il est à noter que le concept de SPIB recoupe celui de trouble psychotique bref (et un patient peut donc avoir un diagnostic de trouble psychotique bref, et rencontrer aussi les critères pour un SPIB, et donc être considéré EMR-P) (Fusar-Poli, Cappucciati, Bonoldi, et coll., 2016). Des études plus récentes ont montré des taux de transition plus bas, soit 22 % à 3 ans (Fusar-Poli et coll., 2020), qui demeurent tout de même

beaucoup plus élevés que ceux de la population générale (Yung, 2020). Ce déclin pourrait s'expliquer par une détection plus précoce, des interventions efficaces offertes plus tôt (au sens où le soutien offert dans les programmes dédiés à l'EMR-P pourrait potentiellement réduire le taux de transition) ou un effet de dilution — le nombre d'individus vraiment à risque étant dilué par des faux positifs, qui ne sont pas à risque de développer un trouble psychotique (van Os, Linscott, Myin-Germeys, Delespaul et Krabbendam, 2009; Yung, 2020; Yung et coll., 2007). Après un peu moins de deux ans, 35 % des individus étaient en rémission de leur EMR-P (Andor E Simon et al., 2013).

La moitié de ceux qui développent un trouble psychotique le font à l'intérieur des 8 premiers mois de suivi dans un programme spécialisé (Kempton, Bonoldi, Valmaggia, McGuire et Fusar-Poli, 2015). Des SPA plus sévères, des symptômes négatifs plus sévères et un niveau de fonctionnement global plus pauvre sont des facteurs prédicteurs de transition vers la psychose (Oliver et coll., 2020). Les patients développent plus souvent des troubles de la lignée de la schizophrénie comme le trouble schizophréniforme, la schizophrénie et le trouble schizoaffectif (73 %); d'autres évoluent plutôt vers un trouble bipolaire ou une dépression psychotique (11 %) ou encore vers un trouble psychotique bref, un trouble délirant ou trouble psychotique non spécifié (16 %) (Paolo Fusar-Poli et coll., 2013).

Jusqu'à 10 ans après leur détection, la majorité des patients EMR-P ne développe pas de trouble psychotique (Nelson et coll., 2013). Cependant, plusieurs de ces patients demeurent symptomatiques et dysfonctionnels (Addington et coll., 2011; Cotter et coll., 2014; Lin et coll., 2015; Schlosser et coll., 2012; Yung, Nelson, Thompson et Wood, 2010), et les déficits fonctionnels semblent indépendants des symptômes positifs atténués (Carrion et coll., 2013; Cotter et coll., 2014; Meyer et coll., 2014). Il existe un haut pourcentage (60 à 80 %) de troubles non psychotiques (troubles affectifs et anxieux) et de troubles de la personnalité (jusqu'à 75 %) — principalement dépressive (tel que défini par la *Millon Clinical Multiaxial Inventory*), limite et schizotypique — dans la population EMR-P (Fusar-Poli, Nelson, Valmaggia, Yung et McGuire, 2014; Lim et coll., 2015; Phillips et coll., 2009; Rutigliano et coll., 2016; Sevilla-Llewellyn-Jones et coll., 2018; Wigman et coll., 2012). Il n'est pas possible de conclure que les traits ou les troubles de la personnalité sont des marqueurs de risque de la transition quoiqu'ils contribuent certainement à la morbidité associée à l'EMR-P (Sevilla-Llewellyn-Jones et coll., 2018). Quant aux déficits

cognitifs, ils demeurent relativement stables dans le temps (Fioravanti, Bianchi et Cinti, 2012 ; Seidman et coll., 2016).

3.3 L'enjeu du trouble du spectre de l'autisme chez les patients EMR-P

Chez les patients avec un trouble du spectre de l'autisme (TSA), l'apparition d'un trouble psychotique comorbide est relativement rare, autour de 2 à 4 % au cours de l'âge adulte (Howlin et Magiati, 2017). Chez les patients EMR-P, c'est près de 12 % qui ont aussi un diagnostic de TSA (Vaquerizo-Serrano, Salazar de Pablo, Singh et Santosh, 2021). Par ailleurs, certains patients, qui ont un TSA, mais qui n'a pas encore été diagnostiqué, sont amenés à consulter à l'adolescence ou au début de l'âge adulte lorsqu'ils expérimentent des difficultés à s'intégrer dans un environnement différent, comme l'entrée à l'université ou le début de vie professionnelle. Les codes et les attentes sociales changeant, les difficultés de cognition sociale gênent l'adaptation socioprofessionnelle et induisent une tristesse et un sentiment d'exclusion, voire de persécution. Les symptômes dépressifs paraissent atypiques, avec des troubles pouvant répondre aux critères de l'EMR-P. Le risque de transition pourrait ne pas être augmenté par la présence de TSA (Foss-Feig et coll., 2019), mais cette comorbidité a un effet plus marqué sur l'évolution fonctionnelle, en raison de l'importance du fonctionnement social dans la qualité de vie et le rétablissement.

Les patients EMR-P avec TSA présentent davantage de déficits des compétences langagières structurales et pragmatiques, des domaines du fonctionnement social, de la reconnaissance émotionnelle faciale ainsi qu'une réponse plus lente aux stimuli faciaux que les patients EMR-P sans TSA (Maat, Therman, Swaab et Ziermans, 2020 ; Solomon et coll., 2011). De plus, les patients TSA avec EMR-P ont un fonctionnement global et une cognition sociale appauvrie ainsi qu'une anhédonie sociale plus marquée que les patients TSA sans EMR-P (Foss-Feig et coll., 2019). En pratique, il est donc nécessaire d'identifier d'éventuelles comorbidités développementales et d'évaluer la cognition « froide » (ou neurocognition, p. ex. attention, mémoire, fonctions exécutives, etc.) et la cognition « chaude » (ou cognition sociale, p. ex. théorie de l'esprit et perception émotionnelle) comme potentiels leviers pour optimiser un programme de soins intégrés et personnalisés, en incluant par exemple les groupes d'habiletés sociales.

3.4 Les interventions étudiées auprès des patients avec EMR-P

3.4.1 *Les interventions psychosociales*

Malgré les critiques du concept d'EMR-P, il existe des preuves que ces patients bénéficient de traitements psychosociaux standards, sans le risque d'effets indésirables associés aux antipsychotiques (Fusar-Poli et coll., 2019; Nelson et coll., 2020; Woods et coll., 2021). Ces traitements réunissent l'éducation à la famille, la thérapie cognitive comportementale (TCC), l'entraînement aux habiletés sociales et la remédiation cognitive (RC) (Addington, Piskulic, Devoe, Santesteban-Echarri et Stowkowy, 2020). Un programme de traitement basé sur des modules pourrait d'ailleurs être efficace chez ces patients qui, selon un modèle de décision partagée, peuvent sélectionner parmi les modalités de traitement suivantes : la gestion de la médication, l'éducation à la famille, un entraînement à la résilience individuelle incluant la TCC et/ou un soutien à l'éducation et à l'emploi (Kane et coll., 2015). En général, ce genre de traitement s'échelonne sur 18 à 26 séances sur une période de 6 mois. D'autres options de traitement psychosocial plus spécifiques ont aussi été explorées. Ce qui suit vise à résumer les principales données sur le sujet.

3.4.1.1 *La thérapie cognitive comportementale*

Pour les jeunes EMR-P, des modifications ont été apportées à la TCC de la psychose. Par exemple, l'approche développée par French et Morrison conçoit les délires et les hallucinations sur un continuum avec les croyances de base et privilégie la normalisation de l'expérience comme objectif premier (French, 2004). Les expériences comportementales servent à tester, générer et évaluer différentes explications ou interprétations. Différents modèles de TCC peuvent aussi être préférés si d'autres types de symptômes tels que l'anxiété et la dépression sont plus manifestes (Clarke et coll., 1995; Salkovskis, 1998).

Les composantes communes à ces approches incluent : 1) évaluation, expérimentation et génération d'alternatives aux comportements de sécurité qui sont, par exemple, les stratégies utilisées pour éviter des symptômes ou des situations redoutés ; 2) reconnaissance et évaluation des croyances et des métacognitions ; 3) identification et modification des croyances fondamentales ; 4) amélioration du fonctionnement social, communautaire et vocationnel ; 5) gestion du stress ; 6) augmentation de l'autocritique des croyances et expériences inhabituelles ; 7) discussion de la prévention de la psychose (French, 2004).

La psychothérapie doit être offerte par des cliniciens expérimentés ayant reçu un entraînement spécialisé en TCC. Le nombre de séances de thérapie varie entre 9 et 30, dépendant des études ou des programmes de traitement manualisé, et la question de l'observance peut devenir un enjeu important dans la mise en place du traitement (Addington, Piskulic, et coll., 2020).

En résumé, la TCC pourrait avoir un effet positif en réduisant les SPA et en retardant la transition psychotique. Par contre, d'autres problèmes comme les symptômes négatifs, la détresse et la perte de fonctionnement ne semblent pas autant améliorés par cette approche (Addington, Piskulic et coll., 2020).

3.4.1.2 Les interventions familiales

Les interventions impliquant la famille sont généralement associées à une diminution de l'intensité des SPA (Addington, Piskulic et coll., 2020). Par exemple, dans une étude se déroulant sur plusieurs sites, les patients et leurs familles ayant reçu 18 séances de thérapie familiale au lieu de 3 sessions de psychoéducation ont présenté une plus grande amélioration de leurs SPA (Miklowitz et coll., 2014). La thérapie familiale visait à développer un plan personnalisé de prévention des crises, des stratégies d'adaptation, une communication plus constructive, et une meilleure résolution de problèmes.

3.4.1.3 La remédiation cognitive

La RC se fonde sur 3 principes : l'entraînement, le monitoring de stratégie et la généralisation (Best et Bowie, 2017). Il est difficile de tirer des conclusions des études sur la RC dans les EMR-P en raison d'un faible nombre de participants, d'un taux élevé de sujets perdus au suivi et de l'hétérogénéité des déficits cognitifs. Pour un effet bénéfique, le clinicien doit cibler un déficit cognitif et l'impact sur le fonctionnement (p. ex. une baisse des résultats scolaires) qui pourront orienter le choix de la modalité : l'entraînement sur un logiciel, les approches psychothérapeutiques intensives, ou les deux combinés (Addington, Piskulic, et coll., 2020). L'étude FOCUS, utilisant un protocole de traitement de 20 séances dans un groupe de patients EMR-P, n'a pas démontré d'amélioration du fonctionnement cognitif global (Glenthøj et coll., 2020). Cependant, les auteurs avancent que si les patients s'engagent à pratiquer suffisamment leurs habiletés, des améliorations ciblées de la neurocognition et de la cognition sociale laissent présager une potentielle malléabilité cognitive (Glenthøj et coll., 2020).

3.4.1.4 *L'entraînement cognitif social*

Dans la population EMR-P, des déficits se retrouvent dans tous les domaines de la cognition sociale (Green et coll., 2012; Thompson, Bartholomeusz et Yung, 2011); le biais d'attribution et la théorie de l'esprit sont plus atteints alors que les perceptions émotionnelle et sociale le sont moins (Lee, Hong, Shin et Kwon, 2015; van Donkersgoed, Wunderink, Nieboer, Aleman et Pijnenborg, 2015). L'entraînement cognitif social (ECS) est une approche relativement nouvelle qui se distingue des autres traitements en misant sur l'interprétation des indices de cognition sociale chez autrui, comme les pensées et les émotions. Cette approche partage des caractéristiques d'interventions déjà établies comme la RC, l'entraînement aux habiletés sociales et la TCC (Fiszdon et Reddy, 2012). Ces interventions d'ECS affectent les processus de cognition sociale basique ou proximale, comme la perception de l'émotion, et ont un effet minimal sur les processus plus distaux, comme les biais d'attribution ou la perception sociale. Il serait nécessaire que les déficits cognitifs soient abordés avant d'entreprendre l'ECS. Une étude randomisée contrôlée a récemment été initiée pour mesurer l'efficacité d'une combinaison de RC et ECS adaptée à l'EMR-P (en mettant l'accent, entre autres, sur la normalisation et la déstigmatisation des SPA) sur le fonctionnement social (Addington et coll., 2021).

3.4.2 *Les interventions pharmacologiques*

La plupart des guides de pratique clinique déconseillent l'utilisation d'antipsychotique chez les patients EMR-P, étant donné leur efficacité limitée à prévenir la transition vers la psychose, l'absence d'impact sur le fonctionnement et le risque d'effets indésirables. Certains auteurs proposent tout de même de considérer un antipsychotique à faible dose lorsqu'il y a détresse persistante, automutilation ou agressivité, associées aux SPA ou SPIB, tout particulièrement si les approches psychosociales n'ont pas été efficaces (Galletly et coll., 2016; NICE, 2014; Orygen, 2016). Ils recommandent alors d'en discuter avec la personne; il faut aborder les effets indésirables des antipsychotiques et choisir la molécule selon les préférences du patient, en rappelant qu'il n'existe pas d'indication claire ni de recommandation pour un antipsychotique en particulier (Burkhardt, 2020). Ce traitement antipsychotique devrait par la suite être réévalué régulièrement, et cessé s'il n'est plus indiqué. Concernant la neuroprotection, les omega-3 pourraient retarder ou prévenir le début de la psychose selon des lignes directrices

australien (Orygen, 2016), mais les données de deux études sont contradictoires. La première étude concluait à un taux de transition à 12 mois de 5 % dans le groupe de patients EMR-P avec prise de 1,2 g d'omega-3 sur 12 semaines versus 28 % pour le groupe placebo. De plus, une amélioration des symptômes positifs, négatifs et généraux ainsi que du fonctionnement psychosocial était observée dans le groupe traitement (Amminger et coll., 2010). La deuxième étude incluant un groupe avec 1,4 g d'omega-3 sur 26 semaines avec des interventions cognitivo-comportementales manualisées n'a pu démontrer de différence du taux de transition avec le groupe placebo et n'offrait pas de bénéfices supplémentaires aux interventions psychosociales (P. D. McGorry et coll., 2017). Les études qui se penchent sur les effets des antidépresseurs, du lithium ou d'autres agents neuroprotecteurs dans les EMR-P sont peu concluantes (Burkhardt, 2020). Il faut par ailleurs offrir des approches pharmacologiques et non pharmacologiques pour traiter les diagnostics comorbides aux EMR-P selon les guides de pratique clinique pour chacune de ces conditions (par exemple, considérer une médication antidépressive pour un trouble dépressif caractérisé ou pour un trouble anxieux).

VIGNETTES CLINIQUES

Vignette 1: Vincent a 21 ans. Il étudie en design numérique. Il vit avec ses parents. Depuis 3 mois, il fait des rêves étranges dans lesquels il se désintègre. Durant le jour, il repense à ses rêves et se questionne sur le sens de la vie. Il se demande, entre autres, s'il existe vraiment. Il n'est pas délirant au sens où il arrive à remettre ces idées en question. Il en a parlé à son médecin de famille qui vous le réfère. Il présente un EMR-P selon la SIPS. Il ne veut pas prendre de médication, mais accepte d'être revu à la clinique externe. Il apprécie discuter avec vous, mais reste anxieux et distant. Il abandonne sporadiquement ses études. Quelques mois plus tard, entre deux rendez-vous de suivi, vous apprenez qu'il s'est présenté de lui-même à l'urgence après s'être disputé avec ses parents. Il explique que les voisins ont commencé à lui parler au travers des murs pour l'avertir que ses parents cherchaient à l'assassiner. Il répond bien au traitement antipsychotique, qu'il accepte rapidement lorsque vous lui proposez.

Commentaire: Le cas de Vincent est un bon exemple d'un jeune adulte qui présente un EMR-P qui évolue vers un trouble psychotique de la lignée de la schizophrénie. Pendant son suivi à la clinique externe, avant de devenir psychotique, il développe une relation thérapeutique avec vous. Lorsque la psychose s'installe, il se souvient de vos conseils et il va chercher de l'aide à l'urgence de façon appropriée. Il accepte le traitement antipsychotique, entre autres, parce

qu'il vous connaît déjà et vous fait confiance. À noter que sa durée de psychose non traitée est très courte, ce qui est associé à une meilleure évolution clinique.

Vignette 2 : Gabriel a 21 ans. Il a récemment immigré au Canada. Il a consommé du cannabis une fois il y a plus d'un an. Il a fait une attaque de panique et eu l'impression pendant 48-72 heures que ses amis pouvaient lire ses pensées. Lors de la consultation initiale, il décrit des idées de référence relatives à son apparence, une méfiance envers autrui, des compulsions de vérification ainsi que des plaintes digestives surinvesties dont les investigations se sont avérées négatives. Il craint d'être victime de fraude ayant vécu une situation d'abus financier par un proche à son arrivée à Montréal. Il est isolé, déménage fréquemment et cherche un emploi. Selon la CAARMS, il n'est pas possible de conclure à un trouble psychotique, mais un EMR-P est décelé. Malgré le suivi psychosocial — soit du soutien à la recherche d'un travail et d'un hébergement ainsi que des interventions de type TCC — il garde des problèmes de fonctionnement et une anxiété importante. Il demande une médication pour chasser les idées inhabituelles qui le tourmentent. Vous lui expliquez les avantages et inconvénients de la médication antipsychotique. Il comprend les effets indésirables potentiels de la rispéridone. Cette molécule est donc débutée à 0,5 mg puis augmentée à 1 mg *per os die*. Les préoccupations deviennent moins envahissantes et l'état global s'améliore. Gabriel trouve un emploi et s'engage dans une relation amoureuse. Après quelques mois, il décide de cesser l'antipsychotique. Sa situation reste améliorée outre le trouble anxieux pour lequel il refuse une médication antidépressive.

Commentaire : Gabriel présente un EMR-P. Pour le moment, il ne développe pas de trouble psychotique. Il a cependant plusieurs besoins cliniques et il demande éventuellement une médication. Dans cette vignette, après discussion avec le patient, le clinicien décide de tenter un antipsychotique qui est ensuite arrêté par le patient. Ce dernier évolue plutôt bien, surtout au niveau fonctionnel. Dans ce cas, l'antipsychotique aurait pu masquer une intensité psychotique, il faut donc user de prudence lors de la cessation de la médication. À noter qu'il n'y a pas de recommandation officielle pour la durée précise de suivi des patients EMR-P qui ne développent pas de trouble psychotique. La pertinence du suivi est réévaluée régulièrement, et le patient est dirigé vers les services les mieux adaptés selon le tableau clinique.

Vignette 3 : Anne a 17 ans et vit chez ses parents. Elle étudie dans un programme collégial très exigeant. Elle est référée par son médecin qui suspecte une psychose en raison de phénomènes visuels. Lors de la consultation initiale, elle décrit d'importants symptômes dissociatifs et une anxiété diffuse qui se sont accentués dans la dernière année. Elle s'est considérablement isolée depuis la rupture avec son amoureuse et la pandémie. Elle a des difficultés de concentration et d'attention. Elle se couche très tard et se sent fatiguée. Elle s'automutile presque tous les jours et tend à cacher ses émotions. L'évaluation nécessite plusieurs visites et implique sa mère. L'histoire longitudinale permet d'identifier un trouble de la personnalité limite, sans évidence d'EMR-P ni trouble

psychotique, ni trouble dépressif caractérisé. Les interventions initiales visent la gestion du stress, la reprise d'une routine et une meilleure hygiène du sommeil, avec une médication au besoin. Elle accepte d'être référée aux services de soutien pédagogique de son cégep. Elle se porte un peu mieux, mais elle garde des difficultés relationnelles. Elle est en attente pour un groupe de thérapie comportementale dialectique.

Commentaire: Certains tableaux cliniques ressemblent à la psychose et à l'EMR-P, mais sont mieux expliqués par d'autres conditions. Dans ces situations, la prudence est de mise, et plusieurs réévaluations peuvent être nécessaires, et des informations collatérales doivent être obtenues. Ces patients peuvent être grandement aidés par des interventions adaptées à leur diagnostic.

3.5 Programmes dédiés à l'EMR-P

Depuis les années 90, bien que les programmes d'intervention précoce auprès des PEP aient connu une expansion croissante dans le monde, les caractéristiques des centres dédiés aux patients EMR-P, comme leurs modalités de référence, leurs critères d'inclusion et d'exclusion, et les services qui y sont offerts, demeurent peu connus. En 2019, l'*International Early Psychosis Association* (IEPA) a sondé 47 programmes dédiés à l'EMR-P (rejoignant 22 248 personnes) à travers le monde (Kotlicka-Antczak et coll., 2020). Ces programmes se situent surtout en Europe occidentale (51,1 % en Europe occidentale, 17 % en Amérique du Nord, 17 % en Asie de l'Est, 6,4 % en Australie, 6,4 % en Amérique du Sud et 2,1 % en Afrique) (IEPA, 2021). Leurs activités de détection, de recrutement et de traitement sont très hétérogènes. Dans la francophonie, le niveau d'implantation des centres dédiés à l'EMR-P reste inexploré. En 2018, une branche francophone de l'IEPA (IEPAf) a d'ailleurs été créée pour coordonner les pays membres et répondre à ce genre de questions (Conus, 2019). Hors de la francophonie, certains centres pionniers du Royaume-Uni et de l'Australie, propulsés par une politique sanitaire dans laquelle l'intervention précoce est intégrée dans la planification nationale des soins en santé mentale, ont fait l'objet de plusieurs publications qui témoignent de leurs modalités de fonctionnement.

3.5.1 Royaume-Uni et Australie

Au Royaume-Uni, le *National Health System* (NHS) a introduit l'*Access and Waiting Times standard for Early Intervention in psychosis*, définissant ainsi un délai standard à respecter à l'échelle nationale pour l'intervention précoce, incluant la détection et la prise en charge des

jeunes EMR-P (Kendall, 2016). En Australie, l'organisation des soins pour cette population EMR-P a récemment évolué vers un autre paradigme : la prévention à plus large spectre des problèmes de santé chez les jeunes. De ce changement est née l'initiative *Headspace*, avec la mise en place de centres d'intervention précoce non stigmatisants et indépendants du système de soins psychiatriques. Ces centres accueillent les jeunes entre 12 et 25 ans qui présentent des problèmes psychologiques, somatiques, scolaires ou professionnels et offrent une formule polyvalente de type « *one stop shop* » (Fusar-Poli, 2019).

3.5.2 Suisse

En Suisse, l'implantation et la coordination des centres d'intervention précoce dans le système de santé sont loin d'être bien établies malgré des expériences pionnières dans les cantons francophones, dont les programmes Jeunes adultes avec troubles débutants (JADE) à Genève, en 2001 et Traitement et intervention précoce dans les troubles psychotiques (TIPP) à Lausanne, en 2004. Ces programmes se caractérisent par l'articulation d'un volet pour les PEP ainsi qu'un volet de détection et d'intervention pour les patients EMR-P, couvrant ainsi l'entier de l'éventail de la psychose débutante. La caractéristique principale de ces organisations réside donc dans l'étroite intégration de 2 volets d'intervention précoce dans un même programme, avec la visée de la réduction des délais du traitement approprié au moment de la transition psychotique. Plus récemment, grâce à l'impulsion donnée par des intervenants suisses de l'intervention précoce, les institutions psychiatriques publiques et universitaires de 3 grands cantons suisses — 2 francophones (Genève pour le canton de Genève et Lausanne pour le Canton de Vaud) et 1 germanophone (Bâle) — se coordonnent dans un nouveau projet transcantonal (*PsyYoung*) afin de développer une plateforme standardisée d'intervention précoce pour les patients EMR-P de 14 à 25 ans. Le projet est financé pour une période de 4 ans (2020-2023). Le projet *PsyYoung*, première initiative suisse pour promouvoir la standardisation entre centres experts, a l'ambition de diffuser des recommandations et des lignes de développement au niveau national. Les institutions psychiatriques publiques des cantons francophones s'organisent également en association avec le Groupement romand intervention précoce (GRIP) pour se doter plus uniformément de programmes d'intervention précoce.

3.5.3 France

L'intervention précoce en France a débuté en retard par rapport aux autres pays francophones et européens, en particulier en ce qui concerne la prise en charge des EMR-P, en raison d'un manque d'outils et de formation des acteurs de soins primaires ainsi que la fragmentation du parcours de soins et l'organisation complexe entre psychiatrie adulte, pédopsychiatrie et le domaine « médicosocial ». Après les premières initiatives pilotes à Paris (Oppetit et coll., 2018), Nancy, Brest, Caen, ou encore à Lille, le champ s'est dynamisé grâce aux actions de formation et de diffusion des connaissances, notamment au sein du réseau Transition (Krebs, 2019). La dernière enquête nationale fait état de 35 initiatives « opérationnelles » et 34 initiatives « en préparation » pour monter une équipe d'intervention précoce (Lecardeur et coll., 2020). Sur ces 34 services, seule la moitié accueille des EMR-P en plus des PEP, 62 % prennent aussi en charge les troubles psychotiques chroniques, et un tiers mélange tous les stades. À ce jour, 12 centres proposent une prise en charge spécialisée pour les EMR-P.

La connaissance et le dépistage des situations d'EMR-P restent limités au sein de la première ligne, contrairement aux PEP, qui sont rencontrés dans le système de soins dit classique. La situation actuelle représente une étape cruciale à partir de laquelle il faudra implanter les pratiques et les recommandations nécessaires à la prise en charge d'EMR-P grâce à la création de ressources complémentaires et la mise en œuvre d'un référentiel national.

3.5.4 Canada

De l'autre côté de l'Atlantique, les Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC) et la Fondation privée Graham Boeckh financent le projet ACCESS *Open minds*/Esprits ouverts, qui rassemble des jeunes, des proches, des membres des communautés autochtones, des chercheurs et des décideurs de partout au Canada, pour offrir de nouveaux services, ou coordonner des services déjà existants, pour les jeunes de 11 à 25 ans, sur 12 sites à travers le pays (Boeckh, 2019; Iyer et coll., 2019; Malla et coll., 2019; Malla et coll., 2018; MSSS, 2018). Ces sites se veulent représentatifs de la diversité canadienne: ils intègrent les communautés autochtones et les milieux urbains et ruraux. L'objectif du projet n'est pas uniquement d'offrir et coordonner des services, mais aussi de les évaluer, entre autres, en obtenant le point de vue des utilisateurs de ces services, pour les rendre plus accessibles et efficaces.

L'approche ne vise pas seulement l'EMR-P et/ou la psychose; elle est ainsi transdiagnostique, sans évaluation standardisée de l'EMR-P. Les patients qui développent des signes ou des symptômes évocateurs de psychose devraient être rapidement redirigés vers les programmes spécialisés d'intervention pour les PEP. Dans plusieurs communautés, ces programmes PEP ne sont pas situés au même endroit que les points de service ACCESS, car il s'agit de deux entités distinctes.

Le Canada étant organisé en provinces et territoires, et chacune étant responsable de la gestion et de l'organisation des services de soins de santé, ce projet a donné lieu à des initiatives provinciales. Au Québec, le cadre de référence sur les programmes d'interventions pour PEP publié en 2017 stipule que ces programmes doivent offrir une évaluation et des recommandations aux patients EMR-P. À l'été 2018, le ministère de la Santé et des Services sociaux a lancé le projet Aires ouvertes, avec la mise en place de 3 premiers points de service, à Laval (en milieu semi-urbain), à Montréal-Nord (en milieu urbain) et sur la Côte-Nord (en région rurale, éloignée des centres urbains). Ces points de service sont situés dans des lieux facilement accessibles pour les jeunes de 12 à 25 ans, et ils offrent des services en ce qui a trait à la santé mentale, la santé sexuelle, aux études et au marché de l'emploi, à l'image des centres *Headspace* en Australie. Il y a un volet évolutif, c'est-à-dire qu'il sera appelé à s'ajuster aux besoins des jeunes, en vue d'une généralisation de la démarche à l'ensemble du Québec, avec déjà des projets en Montérégie, en Estrie, au Saguenay et en Gaspésie. Des initiatives similaires émergent dans les autres provinces canadiennes.

4. Discussion et conclusion

En somme, le concept d'EMR-P vise à identifier les jeunes susceptibles de développer un PEP pour idéalement empêcher ou repousser la transition psychotique. L'identification de ces patients a reposé sur des évaluations psychométriques spécialisées offertes dans les centres tertiaires. Malgré des résultats initiaux prometteurs, le concept de EMR-P s'est finalement révélé plus complexe qu'attendu : il existe une grande variabilité clinique des populations EMR-P qui ne permettrait pas de déterminer l'efficacité de traitements spécifiques (Fusar-Poli et coll., 2020). De plus, le taux de transition psychotique des patients EMR-P est moins élevé que celui révélé par les premières études et la majorité de ces patients ne développent pas un PEP. Les patients EMR-P présentent néanmoins un risque significatif de transition psychotique

aiguë et un état caractérisé par de la détresse et des problèmes de fonctionnement qui peuvent être durables et évoluer vers d'autres tableaux psychopathologiques.

Des projets de recherche plus récents se sont intéressés au développement d'interventions thérapeutiques ciblées pour la population EMR-P (Fusar-Poli et coll., 2020). Plusieurs de ces interventions visaient plus spécifiquement les SPA, mais les symptômes négatifs, les problèmes de fonctionnement, dont le fonctionnement social qui se démarque comme un paramètre clinique à favoriser (Woods et coll., 2021), et la qualité de vie s'imposent comme d'autres cibles de traitement incontournables (Raballo et Poletti, 2019). Les patients EMR-P traités ont toutefois des réponses très variables à ces interventions le plus souvent multimodales, et il devient difficile d'établir l'impact différentiel de chaque mode de traitement, ce qui pose la question fondamentale de repenser les méthodologies de recherche et d'analyse (P. D. McGorry et Nelson, 2020). Une approche thérapeutique basée sur les problèmes psychologiques actifs (c.-à-d. des interventions basées sur les besoins) apparaît actuellement comme un compromis acceptable pour la population EMR-P (Albert, Tomassi, Maina et Tosato, 2018; Conrad et coll., 2017). Dans ce contexte, pour éviter la stigmatisation, certains auteurs proposent d'éviter les mots qui rappellent la psychose et la schizophrénie lorsque vient le temps de nommer les programmes dédiés à l'EMR-P (Moritz, Gaweda, Heinz et Gallinat, 2019).

De surcroît, bien que le développement des centres de détection de ces patients ait aussi connu un essor dans les pays francophones, leur fonctionnement et leurs modalités de coordination au sein des diverses organisations de soins et avec les autres volets de l'intervention précoce (comme les programmes pour les PEP) ne sont pas bien connus ni standardisés. On ne peut pas exclure que ces éléments jouent à la défaveur de l'efficacité de ces centres, si on considère que la majorité (voire 95 %) des patients avec un PEP ne sont pas détectés par les programmes pour les patients EMR-P (Ajnakina et coll., 2017), et qu'un tiers des patients avec un PEP n'ont possiblement pas d'EMR-P détectable avant le PEP (Shah et coll., 2017). Pour certains centres dédiés à l'EMR-P autonomes et indépendants, leur efficacité devient subordonnée à la bonne coordination avec des programmes de prévention tertiaire (soit les programmes pour les PEP), toujours si ces derniers existent dans le même système de soins.

Il est important de considérer l'impact d'un diagnostic d'EMR-P, qui peut être à la fois positif (entre autres, via le soulagement de mettre des

mots sur une expérience troublante), mais aussi très négatif (Colizzi, Ruggeri et Lasalvia, 2020). Pour la population EMR-P, la perspective de développer une psychose peut être associée à la peur, au désespoir, à l'autostigmatisation, à la démoralisation, et à l'impression d'être endommagé (Albert et coll., 2018; Corcoran, Malaspina et Hercher, 2005), ce qui peut mener à une grande détresse (qui peut parfois exacerber les SPA) et à des comportements suicidaires (Moritz et coll., 2019). C'est dans ce contexte que des initiatives comme *Headspace* ont vu le jour en Australie, pour accueillir des jeunes en crise, incluant des jeunes qui présentent un EMR-P, mais en ne mettant pas l'accent sur la psychose (Moritz et coll., 2019). D'autres auteurs ont plutôt proposé des interventions auprès de la population générale, comme des activités de sensibilisation sur les liens entre la consommation de cannabis et la psychose (Murray, David et Ajnakina, 2021).

Au Québec, la mise en place de services pour les jeunes de 12 à 25 ans dans la communauté, distincts des programmes pour les PEP et complémentaires à ceux déjà offerts dans le système de santé, s'avère une piste de solution intéressante pour le futur. Par des approches transdiagnostiques, ces services peuvent potentiellement venir en aide à un plus grand nombre d'adolescents et jeunes adultes, qui sont à une période charnière de leur vie, durant laquelle plusieurs troubles mentaux trouvent racine (Murray et coll., 2021). Selon l'évaluation des besoins, ces services pourraient ainsi offrir un vaste éventail de soins: de l'autotraitement aux interventions virtuelles en passant par des suivis plus intensifs et par la pharmacothérapie (Moritz et coll., 2019). Un enjeu majeur demeure l'affinage des systèmes de détection des précurseurs cliniques de ces troubles. Ceux avec un EMR-P pourront potentiellement bénéficier d'interventions spécifiques adaptées à leurs besoins (Addington, Farris, Devoe et Metzak, 2020) et certains futurs patients avec un PEP se retrouveront aussi dans cette population. Si ces services sont bien intégrés au reste du système de soins, les patients qui développeront un PEP pourront être référés rapidement aux programmes d'intervention précoce et intensive spécialisés pour les PEP, et l'ensemble de ces services formeront un tout plus cohérent, plus efficace, et plus humain.

RÉFÉRENCES

- Addington, J. et Barbato, M. (2012). The role of cognitive functioning in the outcome of those at clinical high risk for developing psychosis. *Epidemiol Psychiatr Sci*, 21(4), 335-342. doi:10.1017/S204579601200042X
- Addington, J., Cornblatt, B. A., Cadenhead, K. S., Cannon, T. D., McGlashan, T. H., Perkins, D. O., ... Heinssen, R. (2011). At clinical high risk for psychosis: outcome for nonconverters. *Am J Psychiatry*, 168(8), 800-805. doi:10.1176/appi.ajp.2011.10081191
- Addington, J., Farris, M., Devoe, D. et Metzack, P. (2020). Progression from being at-risk to psychosis : next steps. *NPJ Schizophr*, 6(1), 27. doi:10.1038/s41537-020-00117-0
- Addington, J., Liu, L., Santesteban-Echarri, O., Brummitt, K., Braun, A., Cadenhead, K. S., ... Granholm, E. (2021). Cognitive behavioural social skills training: Methods of a randomized controlled trial for youth at risk of psychosis. *Early Interv Psychiatry*. doi:10.1111/eip.13102
- Addington, J., Piskulic, D., Devoe, D. J., Santesteban-Echarri, O. et Stowkowy, J. (2020). Chapter 18—Indicated prevention in psychosis risk—psychological approaches. In A. Press (Ed.), *Risk Factors for Psychosis: Paradigms, Mechanisms, and Prevention* (pp. 351-370) : Elsevier.
- Ajnakina, O., Morgan, C., Gayer-Anderson, C., Oduola, S., Bourque, F., Bramley, S., ... David, A. S. (2017). Only a small proportion of patients with first episode psychosis come via prodromal services: a retrospective survey of a large UK mental health programme. *BMC Psychiatry*, 17(1), 308. doi:10.1186/s12888-017-1468-y
- Albert, U., Tomassi, S., Maina, G. et Tosato, S. (2018). Prevalence of non-psychotic disorders in ultra-high risk individuals and transition to psychosis : A systematic review. *Psychiatry Res*, 270, 1-12. doi:10.1016/j.psychres.2018.09.028
- Amminger, G. P., Schäfer, M. R., Papageorgiou, K., Klier, C. M., Cotton, S. M., Harrigan, S. M., ... Berger, G. E. (2010). Long-chain ω -3 fatty acids for indicated prevention of psychotic disorders: a randomized, placebo-controlled trial. *Archives of general psychiatry*, 67(2), 146-154.
- Best, M. W. et Bowie, C. R. (2017). A review of cognitive remediation approaches for schizophrenia: from top-down to bottom-up, brain training to psychotherapy. *Expert Rev Neurother*, 17(7), 713-723. doi:10.1080/14737175.2017.1331128
- Birchwood, M., Todd, P. et Jackson, C. (1998). Early intervention in psychosis. The critical period hypothesis. *Br J Psychiatry Suppl*, 172(33), 53-59. Retrieved from <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9764127>
- Boeckh, F. G. (2019). Aire ouverte: SIJ au Québec. Retrieved from <https://graham-boeckhfoundation.org/fr/ce-que-nous-faisons/transformer-la-sante-mentale/aire-ouverte/>
- Burkhardt, E., Leopold K., Bechdolf A. (2020). Chapter 19—Pharmacological interventions for people at risk of psychosis disorder. In A. Press (Ed.), *Risk Factors for Psychosis: Paradigms, Mechanisms, and Prevention* (pp. 371-381). Elsevier.
- Carrión, R. E., McLaughlin, D., Goldberg, T. E., Auther, A. M., Olsen, R. H., Olvet, D. M., ... Cornblatt, B. A. (2013). Prediction of functional outcome in individuals at

- clinical high risk for psychosis. *JAMA Psychiatry*, 70(11), 1133-1142. doi:10.1001/jamapsychiatry.2013.1909
- Clarke, G. N., Hawkins, W., Murphy, M., Sheeber, L. B., Lewinsohn, P. M. et Seeley, J. R. (1995). Targeted prevention of unipolar depressive disorder in an at-risk sample of high school adolescents: a randomized trial of a group cognitive intervention. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 34(3), 312-321. doi:10.1097/00004583-199503000-00016
- Colizzi, M., Ruggeri, M. et Lasalvia, A. (2020). Should we be concerned about stigma and discrimination in people at risk for psychosis? A systematic review. *Psychol Med*, 50(5), 705-726. doi:10.1017/S0033291720000148
- Conrad, A. M., Lewin, T. J., Sly, K. A., Schall, U., Halpin, S. A., Hunter, M. et Carr, V. J. (2017). Utility of risk-status for predicting psychosis and related outcomes: evaluation of a 10-year cohort of presenters to a specialised early psychosis community mental health service. *Psychiatry Res*, 247, 336-344. doi:10.1016/j.psychres.2016.12.005
- Conus, P., Baki, A., Krebs, M., Armando, M., Bourgin, J., Haesebaert, F. et Solida, A. (2019). Mieux diffuser le savoir et l'expérience relative à l'intervention précoce dans les troubles psychiatriques: création d'une branche francophone de l'IEPA. *L'information psychiatrique*, 3(3), 153-158.
- Corcoran, C., Malaspina, D. et Hercher, L. (2005). Prodromal interventions for schizophrenia vulnerability: the risks of being "at risk". *Schizophr Res*, 73(2-3), 173-184. doi:10.1016/j.schres.2004.05.021
- Cotter, J., Drake, R. J., Bucci, S., Firth, J., Edge, D. et Yung, A. R. (2014). What drives poor functioning in the at-risk mental state? A systematic review. *Schizophr Res*, 159(2-3), 267-277. doi:10.1016/j.schres.2014.09.012
- Fioravanti, M., Bianchi, V. et Cinti, M. E. (2012). Cognitive deficits in schizophrenia: an updated metanalysis of the scientific evidence. *BMC Psychiatry*, 12, 64. doi:10.1186/1471-244X-12-64
- Fiszdon, J. M. et Reddy, L. F. (2012). Review of social cognitive treatments for psychosis. *Clin Psychol Rev*, 32(8), 724-740. doi:10.1016/j.cpr.2012.09.003
- Foss-Feig, J. H., Velthorst, E., Smith, L., Reichenberg, A., Addington, J., Cadenhead, K. S., ... Bearden, C. E. (2019). Clinical Profiles and Conversion Rates Among Young Individuals With Autism Spectrum Disorder Who Present to Clinical High Risk for Psychosis Services. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 58(6), 582-588. doi:10.1016/j.jaac.2018.09.446
- French, P., Morrison, A.P. (2004). *Early Detection and Cognitive Therapy for People at High Risk of Developing Psychosis*. Chichester, United Kingdom: Wiley.
- Fusar-Poli, P., Bechdolf, A., Taylor, M. J., Bonoldi, I., Carpenter, W. T., Yung, A. R. et McGuire, P. (2013). At risk for schizophrenic or affective psychoses? A meta-analysis of DSM/ICD diagnostic outcomes in individuals at high clinical risk. *Schizophrenia bulletin*, 39(4), 923-932.
- Fusar-Poli, P., Bonoldi, I., Yung, A. R., Borgwardt, S., Kempton, M. J., Valmaggia, L., ... McGuire, P. (2012). Predicting psychosis: meta-analysis of transition outcomes in individuals at high clinical risk. *Arch Gen Psychiatry*, 69(3), 220-229. doi:10.1001/archgenpsychiatry.2011.1472

- Fusar-Poli, P., Borgwardt, S., Bechdolf, A., Addington, J., Riecher-Rossler, A., Schultze-Lutter, F., ... Yung, A. (2013). The psychosis high-risk state: a comprehensive state-of-the-art review. *JAMA Psychiatry*, 70(1), 107-120. doi:10.1001/jamapsychiatry.2013.269
- Fusar-Poli, P., Cappucciati, M., Bonoldi, I., Hui, L. M., Rutigliano, G., Stahl, D. R., ... McGuire, P. K. (2016). Prognosis of Brief Psychotic Episodes: A Meta-analysis. *JAMA Psychiatry*, 73(3), 211-220. doi:10.1001/jamapsychiatry.2015.2313
- Fusar-Poli, P., Cappucciati, M., Borgwardt, S., Woods, S. W., Addington, J., Nelson, B., ... McGuire, P. K. (2016). Heterogeneity of Psychosis Risk Within Individuals at Clinical High Risk: A Meta-analytical Stratification. *JAMA Psychiatry*, 73(2), 113-120. doi:10.1001/jamapsychiatry.2015.2324
- Fusar-Poli, P., Davies, C., Solmi, M., Brondino, N., De Micheli, A., Kotlicka-Antczak, M., ... Radua, J. (2019). Preventive Treatments for Psychosis: Umbrella Review (Just the Evidence). *Front Psychiatry*, 10, 764. doi:10.3389/fpsy.2019.00764
- Fusar-Poli, P., Nelson, B., Valmaggia, L., Yung, A. R. et McGuire, P. K. (2014). Comorbid depressive and anxiety disorders in 509 individuals with an at-risk mental state: impact on psychopathology and transition to psychosis. *Schizophr Bull*, 40(1), 120-131. doi:10.1093/schbul/sbs136
- Fusar-Poli, P., Salazar de Pablo, G., Correll, C. U., Meyer-Lindenberg, A., Millan, M. J., Borgwardt, S., ... Arango, C. (2020). Prevention of Psychosis: Advances in Detection, Prognosis, and Intervention. *JAMA Psychiatry*, 77(7), 755-765. doi:10.1001/jamapsychiatry.2019.4779
- Galletly, C., Castle, D., Dark, F., Humberstone, V., Jablensky, A., Killackey, E., ... Tran, N. (2016). Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists clinical practice guidelines for the management of schizophrenia and related disorders. *Aust N Z J Psychiatry*, 50(5), 410-472. doi:10.1177/0004867416641195
- Glenthøj, L. B., MariEGAard, L. S., Fagerlund, B., Jepsen, J. R. M., Kristensen, T. D., Wenneberg, C., ... Nordentoft, M. (2020). Cognitive remediation plus standard treatment versus standard treatment alone for individuals at ultra-high risk of developing psychosis: Results of the FOCUS randomised clinical trial. *Schizophr Res*, 224, 151-158. doi:10.1016/j.schres.2020.08.016
- Green, M. F., Bearden, C. E., Cannon, T. D., Fiske, A. P., Helleman, G. S., Horan, W. P., ... Nuechterlein, K. H. (2012). Social cognition in schizophrenia, Part 1: performance across phase of illness. *Schizophr Bull*, 38(4), 854-864. doi:10.1093/schbul/sbq171
- Hartmann, J. A., Nelson, B., Spooner, R., Paul Amminger, G., Chanan, A., Davey, C. G., ... McGorry, P. D. (2019). Broad clinical high-risk mental state (CHARMS): Methodology of a cohort study validating criteria for pluripotent risk. *Early Interv Psychiatry*, 13(3), 379-386. doi:10.1111/eip.12483
- Hauser, M., Zhang, J. P., Sheridan, E. M., Burdick, K. E., Mogil, R., Kane, J. M., ... Correll, C. U. (2017). Neuropsychological Test Performance to Enhance Identification of Subjects at Clinical High Risk for Psychosis and to Be Most Promising for Predictive Algorithms for Conversion to Psychosis: A Meta-Analysis. *J Clin Psychiatry*, 78(1), e28-e40. doi:10.4088/JCP.15r10197
- Howlin, P. et Magiati, I. (2017). Autism spectrum disorder: Outcomes in adulthood. *Current Opinion in Psychiatry*, 30(2), 69-76.

- IEPA. (2021). List a service. Retrieved from <https://iepa.org.au/list-a-service/>
- Iyer, S. N., Shah, J., Boksa, P., Lal, S., Joobee, R., Andersson, N., ... Reaume-Zimmer, P. (2019). A minimum evaluation protocol and stepped-wedge cluster randomized trial of ACCESS Open Minds, a large Canadian youth mental health services transformation project. *BMC Psychiatry*, 19(1), 1-17.
- Kane, J. M., Schooler, N. R., Marcy, P., Correll, C. U., Brunette, M. F., Mueser, K. T., ... Robinson, D. G. (2015). The RAISE early treatment program for first-episode psychosis: background, rationale, and study design. *J Clin Psychiatry*, 76(3), 240-246. doi:10.4088/JCP.14m09289
- Kelleher, I., Lynch, F., Harley, M., Molloy, C., Roddy, S., Fitzpatrick, C. et Cannon, M. (2012). Psychotic symptoms in adolescence index risk for suicidal behavior: findings from 2 population-based case-control clinical interview studies. *Arch Gen Psychiatry*, 69(12), 1277-1283. doi:10.1001/archgenpsychiatry.2012.164
- Kempton, M. J., Bonoldi, I., Valmaggia, L., McGuire, P. et Fusar-Poli, P. (2015). Speed of psychosis progression in people at ultra-high clinical risk: a complementary meta-analysis. *JAMA Psychiatry*, 72(6), 622-623.
- Kendall, T. (2016). *Implementing the Early Intervention in Psychosis Access and Waiting Time Standard: Guidance*.
- Klosterkotter, J., Hellmich, M., Steinmeyer, E. M. et Schultze-Lutter, F. (2001). Diagnosing schizophrenia in the initial prodromal phase. *Arch Gen Psychiatry*, 58(2), 158-164. doi:10.1001/archpsyc.58.2.158
- Kotlicka-Antczak, M., Podgorski, M., Oliver, D., Maric, N. P., Valmaggia, L. et Fusar-Poli, P. (2020). Worldwide implementation of clinical services for the prevention of psychosis: The IEPA early intervention in mental health survey. *Early Interv Psychiatry*, 14(6), 741-750. doi:10.1111/eip.12950
- Krebs, M.-O. (2019). Le réseau Transition : une initiative nationale pour promouvoir l'intervention précoce des psychoses débutantes chez l'adolescent et l'adulte jeune. *L'information psychiatrique*, 95(8), 667-671.
- Lecardeur, L., Meunier-Cussac, S., Gozlan, G., Duburcq, A., Courouve, L. et Krebs, M.-O. (2020). Prise en charge précoce des psychoses émergentes en France. Recensement, description des activités et besoins en 2018. *L'information psychiatrique*, 96(7), 569-576.
- Lee, T. Y., Hong, S. B., Shin, N. Y. et Kwon, J. S. (2015). Social cognitive functioning in prodromal psychosis: A meta-analysis. *Schizophr Res*, 164(1-3), 28-34. doi:10.1016/j.schres.2015.02.008
- Lim, J., Rekhi, G., Rapisarda, A., Lam, M., Kraus, M., Keefe, R. S. et Lee, J. (2015). Impact of psychiatric comorbidity in individuals at Ultra High Risk of psychosis—Findings from the Longitudinal Youth at Risk Study (LYRIKS). *Schizophr Res*, 164(1-3), 8-14. doi:10.1016/j.schres.2015.03.007
- Lin, A., Wood, S. J., Nelson, B., Beavan, A., McGorry, P. et Yung, A. R. (2015). Outcomes of nontransitioned cases in a sample at ultra-high risk for psychosis. *Am J Psychiatry*, 172(3), 249-258. doi:10.1176/appi.ajp.2014.13030418
- Maat, A., Therman, S., Swaab, H. et Ziermans, T. (2020). The attenuated psychosis syndrome and facial affect processing in adolescents with and without autism. *Frontiers in Psychiatry*, 11, 759.

- Malla, A., Iyer, S., Shah, J., Joobor, R., Boksa, P., Lal, S., ... Hutt-MacLeod, D. (2019). Canadian response to need for transformation of youth mental health services: ACCESS Open Minds (Esprits ouverts). *Early intervention in psychiatry*, 13(3), 697-706.
- Malla, A., Shah, J., Iyer, S., Boksa, P., Joobor, R., Andersson, N., ... Fuhrer, R. (2018). Youth mental health should be a top priority for health care in Canada. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 63(4), 216-222.
- Marshall, M., Lewis, S., Lockwood, A., Drake, R., Jones, P. et Croudace, T. (2005). Association between duration of untreated psychosis and outcome in cohorts of first-episode patients: a systematic review. *Arch Gen Psychiatry*, 62(9), 975-983. doi:10.1001/archpsyc.62.9.975
- McGorry, P. et Nelson, B. (2016). Why We Need a Transdiagnostic Staging Approach to Emerging Psychopathology, Early Diagnosis, and Treatment. *JAMA Psychiatry*, 73(3), 191-192. doi:10.1001/jamapsychiatry.2015.2868
- McGorry, P. D., Hartmann, J. A., Spooner, R. et Nelson, B. (2018). Beyond the “at risk mental state” concept: transitioning to transdiagnostic psychiatry. *World Psychiatry*, 17(2), 133-142. doi:10.1002/wps.20514
- McGorry, P. D. et Nelson, B. (2020). Clinical High Risk for Psychosis-Not Seeing the Trees for the Wood. *JAMA Psychiatry*, 77(7), 559-560. doi:10.1001/jama-psychiatry.2019.4635
- McGorry, P. D., Nelson, B., Goldstone, S. et Yung, A. R. (2010). Clinical staging: a heuristic and practical strategy for new research and better health and social outcomes for psychotic and related mood disorders. *Can J Psychiatry*, 55(8), 486-497. doi:10.1177/070674371005500803
- McGorry, P. D., Nelson, B., Markulev, C., Yuen, H. P., Schafer, M. R., Mossaheb, N., ... Amminger, G. P. (2017). Effect of omega-3 Polyunsaturated Fatty Acids in Young People at Ultrahigh Risk for Psychotic Disorders: The NEURAPRO Randomized Clinical Trial. *JAMA Psychiatry*, 74(1), 19-27. doi:10.1001/jama-psychiatry.2016.2902
- McGorry, P. D., Nelson, B., Wood, S. J., Shah, J. L., Malla, A. et Yung, A. (2020). Transcending false dichotomies and diagnostic silos to reduce disease burden in mental disorders. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 55(9), 1095-1103. doi:10.1007/s00127-020-01913-w
- Meyer, E. C., Carrion, R. E., Cornblatt, B. A., Addington, J., Cadenhead, K. S., Cannon, T. D., ... group, N. (2014). The relationship of neurocognition and negative symptoms to social and role functioning over time in individuals at clinical high risk in the first phase of the North American Prodrome Longitudinal Study. *Schizophr Bull*, 40(6), 1452-1461. doi:10.1093/schbul/sbt235
- Michel, C., Toffel, E., Schmidt, S. J., Eliez, S., Armando, M., Solida-Tozzi, A., ... Debbané, M. (2017). [Detection and early treatment of subjects at high risk of clinical psychosis: Definitions and recommendations]. *Encephale*, 43(3), 292-297. doi:10.1016/j.encep.2017.01.005
- Miklowitz, D. J., O'Brien, M. P., Schlosser, D. A., Addington, J., Candan, K. A., Marshall, C., ... Cannon, T. D. (2014). Family-focused treatment for adolescents and young adults at high risk for psychosis: results of a randomized trial. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 53(8), 848-858. doi:10.1016/j.jaac.2014.04.020

- Miller, T. J., McGlashan, T. H., Woods, S. W., Stein, K., Driesen, N., Corcoran, C. M., ... Davidson, L. (1999). Symptom assessment in schizophrenic prodromal states. *Psychiatr Q*, 70(4), 273-287. doi:10.1023/a:1022034115078
- Moritz, S., Gaweda, L., Heinz, A. et Gallinat, J. (2019). Four reasons why early detection centers for psychosis should be renamed and their treatment targets reconsidered: we should not catastrophize a future we can neither reliably predict nor change. *Psychol Med*, 49(13), 2134-2140. doi:10.1017/S0033291719001740
- MSSS. (2018). Santé mentale chez les jeunes de 12 à 25 ans — Le Gouvernement du Québec lance le projet Aire ouverte. Retrieved from <https://www.msss.gouv.qc.ca/ministere/salle-de-presse/communique-1672/>
- Murray, R. M., David, A. S. et Ajnakina, O. (2021). Prevention of psychosis: moving on from the at-risk mental state to universal primary prevention. *Psychol Med*, 51(2), 223-227. doi:10.1017/S003329172000313X
- Nelson, B., Amminger, G. P., Bechdolf, A., French, P., Malla, A., Morrison, A. P., ... McGorry, P. D. (2020). Evidence for preventive treatments in young patients at clinical high risk of psychosis: the need for context. *Lancet Psychiatry*, 7(5), 378-380. doi:10.1016/S2215-0366(19)30513-9
- Nelson, B., Yuen, H. P., Wood, S. J., Lin, A., Spiliotacopoulos, D., Bruxner, A., ... Yung, A. R. (2013). Long-term follow-up of a group at ultra high risk ("prodromal") for psychosis: the PACE 400 study. *JAMA Psychiatry*, 70(8), 793-802. doi:10.1001/jamapsychiatry.2013.1270
- NICE. (2014). Psychosis and schizophrenia in adults: prevention and management / 1-recommendations. Retrieved from <https://www.nice.org.uk/guidance/cg178/chapter/1-recommendations?unlid=214673181201631735658>
- Oliver, D., Reilly, T. J., Baccaredda Boy, O., Petros, N., Davies, C., Borgwardt, S., ... Fusar-Poli, P. (2020). What causes the onset of psychosis in individuals at clinical high risk? A meta-analysis of risk and protective factors. *Schizophrenia bulletin*, 46(1), 110-120.
- Oppetit, A., Bourgin, J., Martinez, G., Kazes, M., Mam-Lam-Fook, C., Gaillard, R., ... Krebs, M. O. (2018). The C'JAAD: a French team for early intervention in psychosis in Paris. *Early Interv Psychiatry*, 12(2), 243-249. doi:10.1111/eip.12376
- Orygen. (2016). Australian Clinical Guidelines for Early Psychosis, 2nd edition update. *Early Psychosis Guidelines Writing Group and EPPIC National Support Program, The National Centre of Excellence in Youth Mental Health, Melbourne*.
- Phillips, L. J., Leicester, S. B., O'Dwyer, L. E., Francey, S. M., Koutsogiannis, J., Abdel-Baki, A., ... McGorry, P. D. (2002). The PACE Clinic: identification and management of young people at "ultra" high risk of psychosis. *J Psychiatr Pract*, 8(5), 255-269. doi:10.1097/00131746-200209000-00002
- Phillips, L. J., Nelson, B., Yuen, H. P., Francey, S. M., Simmons, M., Stanford, C., ... McGorry, P. D. (2009). Randomized controlled trial of interventions for young people at ultra-high risk of psychosis: study design and baseline characteristics. *Aust N Z J Psychiatry*, 43(9), 818-829. doi:10.1080/00048670903107625
- Polari, A., Lavoie, S., Yuen, H. P., Amminger, P., Berger, G., Chen, E., ... Nelson, B. (2018). Clinical trajectories in the ultra-high risk for psychosis population. *Schizophr Res*, 197, 550-556. doi:10.1016/j.schres.2018.01.022

- Raballo, A. et Poletti, M. (2019). Overlooking the transition elephant in the ultra-high-risk room: are we missing functional equivalents of transition to psychosis? *Psychol Med*, 1-4. doi:10.1017/S0033291719003337
- Rutigliano, G., Valmaggia, L., Landi, P., Frascarelli, M., Cappucciati, M., Sear, V., ... Fusar-Poli, P. (2016). Persistence or recurrence of non-psychotic comorbid mental disorders associated with 6-year poor functional outcomes in patients at ultra high risk for psychosis. *J Affect Disord*, 203, 101-110. doi:10.1016/j.jad.2016.05.053
- Salkovskis, P. M., Forresterter, E., Richards, H.C., Morrison, N. (1998). *The devil is in the detail: conception-alising and treating obsessional problems*. John Wiley et Sons.
- Schlosser, D. A., Jacobson, S., Chen, Q., Sugar, C. A., Niendam, T. A., Li, G., ... Cannon, T. D. (2012). Recovery from an at-risk state: clinical and functional outcomes of putatively prodromal youth who do not develop psychosis. *Schizophr Bull*, 38(6), 1225-1233. doi:10.1093/schbul/sbr098
- Schultze-Lutter, F., Klosterkötter, J. et Ruhrmann, S. (2014). Improving the clinical prediction of psychosis by combining ultra-high risk criteria and cognitive basic symptoms. *Schizophr Res*, 154(1-3), 100-106. doi:10.1016/j.schres.2014.02.010
- Seidman, L. J., Shapiro, D. I., Stone, W. S., Woodberry, K. A., Ronzio, A., Cornblatt, B. A., ... Woods, S. W. (2016). Association of Neurocognition With Transition to Psychosis: Baseline Functioning in the Second Phase of the North American Prodrome Longitudinal Study. *JAMA Psychiatry*, 73(12), 1239-1248. doi:10.1001/jamapsychiatry.2016.2479
- Sevilla-Llewellyn-Jones, J., Camino, G., Russo, D. A., Painter, M., Montejo, A. L., Ochoa, S., ... Perez, J. (2018). Clinically significant personality traits in individuals at high risk of developing psychosis. *Psychiatry Res*, 261, 498-503. doi:10.1016/j.psychres.2018.01.027
- Shah, J. L., Crawford, A., Mustafa, S. S., Iyer, S. N., Joobar, R. et Malla, A. K. (2017). Is the Clinical High-Risk State a Valid Concept? Retrospective Examination in a First-Episode Psychosis Sample. *Psychiatr Serv*, 68(10), 1046-1052. doi:10.1176/appi.ps.201600304
- Simon, A. E., Borgwardt, S., Riecher-Rössler, A., Velthorst, E., de Haan, L. et Fusar-Poli, P. (2013). Moving beyond transition outcomes: meta-analysis of remission rates in individuals at high clinical risk for psychosis. *Psychiatry research*, 209(3), 266-272.
- Simon, A. E., Umbricht, D., Lang, U. E. et Borgwardt, S. (2014). Declining transition rates to psychosis: the role of diagnostic spectra and symptom overlaps in individuals with attenuated psychosis syndrome. *Schizophr Res*, 159(2-3), 292-298. doi:10.1016/j.schres.2014.09.016
- Solomon, M., Olsen, E., Niendam, T., Ragland, J. D., Yoon, J., Minzenberg, M. et Carter, C. S. (2011). From lumping to splitting and back again: atypical social and language development in individuals with clinical-high-risk for psychosis, first episode schizophrenia, and autism spectrum disorders. *Schizophrenia research*, 131(1-3), 146-151.
- Sullivan, H. S. (1927). The onset of schizophrenia. *American Journal of Psychiatry*, 84(1), 105-134.

- Thompson, A. D., Bartholomeusz, C. et Yung, A. R. (2011). Social cognition deficits and the “ultra high risk” for psychosis population: a review of literature. *Early Interv Psychiatry*, 5(3), 192-202. doi:10.1111/j.1751-7893.2011.00275.x
- van Donkersgoed, R. J., Wunderink, L., Nieboer, R., Aleman, A. et Pijnenborg, G. H. (2015). Social Cognition in Individuals at Ultra-High Risk for Psychosis: A Meta-Analysis. *PLoS One*, 10(10), e0141075. doi:10.1371/journal.pone.0141075
- van Os, J., Linscott, R. J., Myin-Germeys, I., Delespaul, P. et Krabbendam, L. (2009). A systematic review and meta-analysis of the psychosis continuum: evidence for a psychosis proneness-persistence-impairment model of psychotic disorder. *Psychol Med*, 39(2), 179-195. doi:10.1017/S0033291708003814
- Vaquerizo-Serrano, J., Salazar de Pablo, G., Singh, J. et Santosh, P. (2021). Autism Spectrum Disorder and Clinical High Risk for Psychosis: A Systematic Review and Meta-analysis. *J Autism Dev Disord*. doi:10.1007/s10803-021-05046-0
- Wigman, J. T., van Nierop, M., Vollebergh, W. A., Lieb, R., Beesdo-Baum, K., Wittchen, H. U. et van Os, J. (2012). Evidence that psychotic symptoms are prevalent in disorders of anxiety and depression, impacting on illness onset, risk, and severity—implications for diagnosis and ultra-high risk research. *Schizophr Bull*, 38(2), 247-257. doi:10.1093/schbul/sbr196
- Woods, S. W., Bearden, C. E., Sabb, F. W., Stone, W. S., Torous, J., Cornblatt, B. A., ... Anticevic, A. (2021). Counterpoint. Early intervention for psychosis risk syndromes: Minimizing risk and maximizing benefit. *Schizophr Res*, 227, 10-17. doi:10.1016/j.schres.2020.04.020
- Yung, A. R. (2020). Chapter 3—At-risk mental states. In A. Press (Ed.), *Risk Factors for Psychosis: Paradigms, Mechanisms, and Prevention* (pp. 47-57): Elsevier.
- Yung, A. R. et McGorry, P. D. (1996). The prodromal phase of first-episode psychosis: past and current conceptualizations. *Schizophr Bull*, 22(2), 353-370. Retrieved from <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8782291>
- Yung, A. R., Nelson, B., Thompson, A. et Wood, S. J. (2010). The psychosis threshold in Ultra High Risk (prodromal) research: is it valid? *Schizophr Res*, 120(1-3), 1-6. doi:10.1016/j.schres.2010.03.014
- Yung, A. R., Wood, S. J., Malla, A., Nelson, B., McGorry, P. et Shah, J. (2021). The reality of at risk mental state services: a response to recent criticisms. *Psychol Med*, 51(2), 212-218. doi:10.1017/S003329171900299X
- Yung, A. R., Yuen, H. P., Berger, G., Francey, S., Hung, T. C., Nelson, B., ... McGorry, P. (2007). Declining transition rate in ultra high risk (prodromal) services: dilution or reduction of risk? *Schizophr Bull*, 33(3), 673-681. doi:10.1093/schbul/sbm015
- Yung, A. R., Yuen, H. P., McGorry, P. D., Phillips, L. J., Kelly, D., Dell’Olio, M., ... Buckby, J. (2005). Mapping the onset of psychosis: the Comprehensive Assessment of At-Risk Mental States. *Aust N Z J Psychiatry*, 39(11-12), 964-971. doi:10.1080/j.1440-1614.2005.01714.x
- Zachar, P., First, M. B. et Kendler, K. S. (2020). The DSM-5 proposal for attenuated psychosis syndrome: a history. *Psychol Med*, 50(6), 920-926. doi:10.1017/S0033291720000653

Une approche de la psychopharmacologie des premiers épisodes psychotiques axée sur le rétablissement

Laurent Béchara^a

Olivier Corbeil^b

Esthel Malenfant^c

Catherine Lehoux^d

Emmanuel Stip^e

Marc-André Roy^f

Marie-France Demers^g

-
- a. PharmD, M. Sc., Candidat au Ph. D. en sciences pharmaceutiques: Faculté de pharmacie, Université Laval; Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de la Capitale-Nationale (Département clinique de pharmacie, Institut universitaire en santé mentale de Québec); Centre de recherche CERVO, Québec.
 - b. PharmD, M. Sc., Candidat au Ph. D. en sciences pharmaceutiques: Faculté de pharmacie, Université Laval; Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de la Capitale-Nationale (Département clinique de pharmacie, Institut universitaire en santé mentale de Québec); Centre de recherche CERVO, Québec.
 - c. BPharm, M. Sc., BCPP, Professeure de clinique, Faculté de pharmacie, Université Laval; Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de la Capitale-Nationale (Département clinique de pharmacie, Institut universitaire en santé mentale de Québec), Québec.
 - d. Ph. D. et neuropsychologue, Centre intégré de santé et de services sociaux de Chaudière-Appalaches; Centre de recherche CERVO, Québec.
 - e. MD Psychiatre, Professeur de psychiatrie, chef du département universitaire, Université des Émirats arabes unis, Al-Aïn, EAU – Professeur émérite, Université de Montréal, Montréal.
 - f. MD Psychiatre, M. Sc., FRCP, Professeur titulaire, Faculté de médecine, Université Laval; Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de la Capitale-Nationale (Institut universitaire en santé mentale de Québec); Centre de recherche CERVO, Québec.
 - g. BPharm, M. Sc., BCPP, Professeure agrégée, Faculté de pharmacie, Université Laval; Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de la Capitale-Nationale (Département clinique de pharmacie, Institut universitaire en santé mentale de Québec); Centre de recherche CERVO, Québec.

RÉSUMÉ Objectifs Les personnes composant avec un premier épisode psychotique (PEP) sont peu représentées dans les essais cliniques menant à l'homologation des médicaments. En conséquence, il existe une relative pénurie de données empiriques pour guider le traitement psychopharmacologique de ces jeunes. Le présent article offre une synthèse de cette littérature, éclairée par l'expérience clinique de traitement des PEP acquise par les auteurs au cours des 25 dernières années.

Méthodes Cette revue sélective de la littérature porte sur le traitement psychopharmacologique des PEP et inclut à la fois les essais randomisés et les études observationnelles. Elle s'organise autour des thèmes suivants concernant les PEP : les taux de réponse et de rémission ; les taux de rechute ; les spécificités relatives à la susceptibilité aux effets indésirables ; les comparaisons entre les diverses molécules et formes pharmaceutiques en regard de l'efficacité, l'innocuité et la prévention de rechute ; les recommandations quant à la durée du traitement ; l'approche dans la résistance au traitement et l'utilisation de la clozapine. Pour chacun de ces thèmes, les données de recherche sont interprétées et complétées par des commentaires inspirés de l'expérience clinique des auteurs, dans une perspective résolument axée sur le rétablissement de la personne.

Résultats La rémission des symptômes est atteinte chez environ 75 % des personnes lors du traitement initial d'un PEP, son maintien étant un très fort prédicteur du rétablissement fonctionnel. Les taux de rechute psychotique pendant les trois années suivant un PEP sont d'environ 60 %, le problème d'adhésion au traitement étant la principale cause de ces rechutes. La population PEP se distingue par une plus grande propension aux effets indésirables, notamment la prise de poids et les réactions extrapyramidales. À l'exception des PEP résistants au traitement, aucune différence claire n'a été démontrée quant à l'efficacité des agents antipsychotiques, mais ils se distinguent quant à leurs effets indésirables et leurs modalités d'administration. À ce titre, l'utilisation des antipsychotiques à action prolongée (APAP) par voie intramusculaire injectable est supérieure aux agents par voie orale pour prévenir les rechutes. Si les lignes directrices recommandent le maintien du traitement pour 18 mois suivant l'atteinte de la rémission, ces recommandations reposent sur des données empiriques encore imprécises, rendant nécessaire le recours à une approche de décision partagée sur cette question. Dans le groupe des personnes n'obtenant pas une réponse satisfaisante après 2 essais d'antipsychotiques, la clozapine est efficace chez jusqu'à 80 % des personnes.

Conclusions La population PEP se distingue par un taux élevé de réponse, des rechutes fréquemment liées à la non-adhésion au traitement et une sensibilité accrue aux effets indésirables. L'ajustement personnalisé du traitement pharmacologique des PEP vise la rémission soutenue de toutes les dimensions des symptômes alliée à une gestion proactive des effets indésirables, y compris à travers une utilisation judicieuse des APAP et de la clozapine.

MOTS CLÉS psychopharmacologie, antipsychotiques, premier épisode psychotique, clozapine, antipsychotique injectable à action prolongée, rétablissement

Psychopharmacology of First Episode Psychosis: an Approach Based on Recovery

ABSTRACT Objectives Individuals with first-episode psychosis (FEP) are poorly represented in clinical trials leading to drug approval. As a result, there is a relative paucity of empirical data to guide the psychopharmacological treatment of these youths. This article provides a synthesis of this literature, informed by the authors' clinical experience in treating FEP over the past 25 years.

Methods This selective review of the literature focuses on the psychopharmacological treatment of FEP and includes both randomized trials and observational studies. It is organized around the following themes for FEP: response and remission rates; relapse rates; specifics regarding susceptibility to adverse events; comparisons of efficacy, safety and relapse prevention among various molecules and dosage forms; recommendations for duration of treatment; approach to treatment resistance; and use of clozapine. For each of these themes, research data are interpreted and supplemented by commentary based on the authors' clinical experience, with a strong focus on the individual's recovery.

Results Symptom remission is achieved in approximately 75% of individuals during the initial treatment of a FEP, its maintenance being a very strong predictor of functional recovery. The rate of psychotic relapse during the three years following a FEP is about 60%, the problem of adherence to treatment being the main cause of these relapses. The FEP population is distinguished by a greater propensity for adverse events, including weight gain and extrapyramidal reactions. With the exception of treatment-resistant FEP, no clear difference has been demonstrated in the efficacy of the various molecules, but they do differ in their adverse events profile and formulations. As such, the use of long-acting injectable antipsychotics (LAIs) is superior to oral agents in preventing relapse. While the guidelines recommend continued treatment for 18 months after remission is achieved, these recommendations are based on empirical data that are still unclear, necessitating the use of a shared-decision approach with the patient and his/her family. In the group of people who do not achieve a satisfactory response after two trials of antipsychotics, clozapine is effective in up to 80% of people.

Conclusions The FEP population is characterized by a high response rate, relapses frequently related to non-adherence to treatment, and increased susceptibility to adverse events. Tailoring pharmacological treatment for FEP aims at sustained remission of all symptom dimensions combined with proactive management of adverse events, including through judicious use of LAIs and clozapine.

KEYWORDS psychopharmacology, antipsychotics, first-episode psychosis, clozapine, long-acting injectable antipsychotics, recovery

Objectifs

Les personnes composant avec un premier épisode psychotique (PEP) sont peu représentées dans les essais cliniques randomisés (ECR) menant à l'homologation des médicaments (Huhn et coll., 2019). En conséquence, il existe une relative pénurie de données empiriques pour guider le traitement psychopharmacologique de ces jeunes. Qui plus est, les ECR mettent l'accent sur l'efficacité en phase aiguë, plutôt que sur le bien-être, les aspects fonctionnels et le devenir à plus long terme (Awad, 2021). Ainsi, ce qui doit être visé n'est pas seulement la réponse clinique au traitement, mais plus largement, l'efficacité clinique. Cette dernière ne se définit plus exclusivement en termes d'efficacité sur les symptômes positifs, négatifs et de désorganisation, mais correspond plutôt à l'atteinte d'un équilibre entre les effets bénéfiques des médicaments et leurs effets indésirables, en soutien au rétablissement fonctionnel et à l'atteinte d'une qualité de vie satisfaisante pour la personne.

Le présent article offre une synthèse de cette littérature, éclairée par l'expérience clinique de traitement des PEP acquise par les auteurs au cours de près de 25 années.

Méthodes

Cette revue sélective de la littérature porte sur le traitement psychopharmacologique des PEP et inclut à la fois les ECR et les études observationnelles. Les références ont été identifiées en fonction d'une surveillance continue de la littérature par les auteurs, enrichie par une mise à jour effectuée en mars 2021 utilisant la base de données MEDLINE à l'aide de mots-clés spécifiques à la psychopharmacologie des PEP (First-episode psychosis; pharmacological treatment; antipsychotics). Cette revue s'organise autour des thèmes suivants concernant les PEP : les taux de réponse et de rémission; les taux de rechute; les spécificités relatives à la susceptibilité aux effets indésirables; les comparaisons entre les diverses molécules et formes pharmaceutiques en regard de l'efficacité, l'innocuité et la prévention de rechute; les recommandations quant à la durée du traitement; l'approche dans la résistance au traitement et l'utilisation de la clozapine. Pour chacun de ces thèmes, les données de recherche sont interprétées et complétées par des commentaires inspirés de l'expérience clinique des auteurs.

Résultats

Taux de réponse et de rémission

La rémission des symptômes est atteinte chez environ 75 % des personnes lors du traitement initial d'un PEP, son maintien étant un très fort prédicteur du rétablissement fonctionnel (Zhu et coll., 2017). Cette estimation peut varier en fonction des critères de réponse utilisés et de la période d'observation, référant, par exemple, à une réduction (en %) depuis le score initial des symptômes ou encore selon l'atteinte d'un seuil établi de non-sévérité de la maladie ; la rémission est alors définie selon certains critères basés sur des échelles de psychopathologie reconnues, notamment les critères d'Andreasen et coll. (Andreasen et coll., 2005 ; Jordan et coll., 2014). Ce taux de réponse est plus élevé, et plus rapide, que celui rapporté dans les ECR réalisés dans des populations autres que les PEP, démontrant que ces personnes présentent une meilleure réponse au traitement que les personnes traitées depuis plus longtemps et ayant traversé plus d'épisodes psychotiques. De plus, de façon générale, les doses antipsychotiques requises chez les PEP pour atteindre ces taux de réponse sont plus faibles que celles utilisées chez des patients ayant un plus long cours de la maladie (Keating et coll., 2021). Au-delà du contrôle des symptômes positifs, négatifs et de désorganisation, l'atteinte et le maintien de la rémission constituent la cible à viser pour maximiser les chances de rétablissement fonctionnel et assurer une qualité de vie satisfaisante (Andreasen et coll., 2005).

Au plan clinique, l'utilisation d'échelles validées permettant d'objectiver la réponse au traitement constitue une pratique à privilégier. En effet, la réponse au traitement n'est pas un phénomène de tout ou rien, et il est donc important de détecter des améliorations plus subtiles, car elles peuvent annoncer une amélioration qui surviendra avec le maintien du traitement. Différents outils comme la PANSS (*Positive and Negative Syndrome Scale*) (Kay, Fiszbein et Opler, 1987), ou la PSYRATS (*Psychotic Symptoms Rating Scale*) (Haddock, McCarron, Tarrier et Faragher, 1999) permettent d'évaluer la progression vers la rémission. Ainsi, inspiré de la PSYRATS, le clinicien saura tirer profit de questions ouvertes qui mettent bien en exergue l'amorce d'une réponse au traitement (Drake, Haddock, Tarrier, Bentall et Lewis, 2007). L'encadré 1 présente quelques questions inspirées de cet instrument.

ENCADRÉ 1

Exemples de questions inspirées de l'Échelle PSYRATS

Haddock, G., McCarron, J., Tarrier, N. et Faragher, E. B. (1999). Scales to measure dimensions of hallucinations and delusions: the psychotic symptom rating scales (PSYRATS). *Psychol Med*, 29(4): 879-889. doi: 10.1017/s0033291799008661

- Depuis que vous prenez ce médicament, est-ce que l'intensité sonore des voix que vous percevez a changé? Est-ce que leur contenu est moins dérangeant?
- À quelle fréquence ces voix surviennent-elles? Y a-t-il des moments dans la journée où elles sont davantage présentes?
- Quel pourcentage du temps ces voix vous importunent-elles? Est-ce que vous percevez un changement sur cette proportion depuis que vous prenez ce médicament?
- D'où proviennent ces voix à votre avis? Est-ce qu'elles sont produites par votre cerveau ou elles viennent plutôt de l'extérieur de votre tête? Quel est votre niveau de conviction de l'origine de ces voix?
- Qu'avez-vous envisagé pour y remédier?

La rechute, un phénomène omniprésent

Les taux de rechute psychotique pendant les 3 années suivant un PEP sont d'environ 60 % et le problème d'adhésion au traitement en est la principale cause (Kishi et coll., 2019). En effet, un arrêt de traitement augmente de 4 à 5 fois le risque d'une rechute (Robinson et coll., 1999). La consommation de substances constitue l'un des facteurs de risque les plus associés à la non-adhésion au traitement en plus d'être, indépendamment de la prise ou non du médicament, un facteur contribuant à la rechute. Parmi les autres facteurs reconnus, on compte notamment la non-reconnaissance de la maladie, les craintes et la stigmatisation reliées à l'usage des médicaments ainsi que les schémas posologiques complexes (Velligan, Sajatovic, Hatch, Kramata et Docherty, 2017). La prévention de la rechute doit être une cible majeure du traitement, car chaque rechute nuit au rétablissement et contribue à augmenter la dangerosité du patient, et la réponse au traitement s'émousse progressivement au fil des rechutes (Takeuchi et coll., 2019; Witt, van Dorn et Fazel, 2013). C'est pour cela qu'on ne doit pas banaliser la rechute en la concevant comme étant inéluctable ou en la considérant comme étant une expérience nécessaire au développement de l'autocritique. Ainsi, l'intervenant PEP aura intérêt à bien posséder les techniques de dépistage de la non-adhésion au traitement et de consommation de

ENCADRÉ 2

Exemples de questions pour évaluer l'adhésion au traitement ou de consommation de substances inspirées des travaux de S. C. Shea

Shea, S. C. (2017). *Psychiatric interviewing, 3rd Edition. The art of understanding: a practical guide for psychiatrists, psychologists, counselors, social workers, nurses and other mental health professionals*. Elsevier.

- Généraliser, normaliser :
Plusieurs personnes trouvent difficile de devoir prendre des médicaments tous les jours : comment cela se passe-t-il pour vous ?
Plusieurs personnes consomment de l'alcool tous les jours : est-ce votre cas ?
 - Exagérer, admettre implicitement la non-adhésion ou la consommation de substances :
Vos médicaments, vous les prenez 3 à 4 fois par semaine, n'est-ce pas ?
Du cannabis, vous en consommez 3 grammes par jour, n'est-ce pas ?
-

substances. L'encadré 2 réfère à des exemples de questions inspirées des travaux de Shawn Shea (Shea, 2017).

Une sensibilité accrue à certains effets indésirables

La population PEP se distingue par une plus grande sensibilité à certains effets indésirables.

Les troubles du mouvement

Les réactions extrapyramidales sont particulièrement fréquentes chez les jeunes, y compris en présence des antipsychotiques de seconde génération (ASG) et de troisième génération (Carbon et coll., 2015 ; Garcia-Amador et coll., 2015). Pour cette raison notamment, toutes les lignes directrices privilégient ces nouveaux antipsychotiques plutôt que ceux de première génération comme option initiale de traitement pharmacologique (Crockford et Addington, 2017 ; Galletly et coll., 2016). Les manifestations extrapyramidales associées aux ASG et de troisième génération (antipsychotiques à effet agoniste dopaminergique) sont moins faciles à mettre en évidence, notamment parce que les instruments pour les détecter ont été développés pour les antipsychotiques de première génération et donc, manquent de sensibilité pour reconnaître

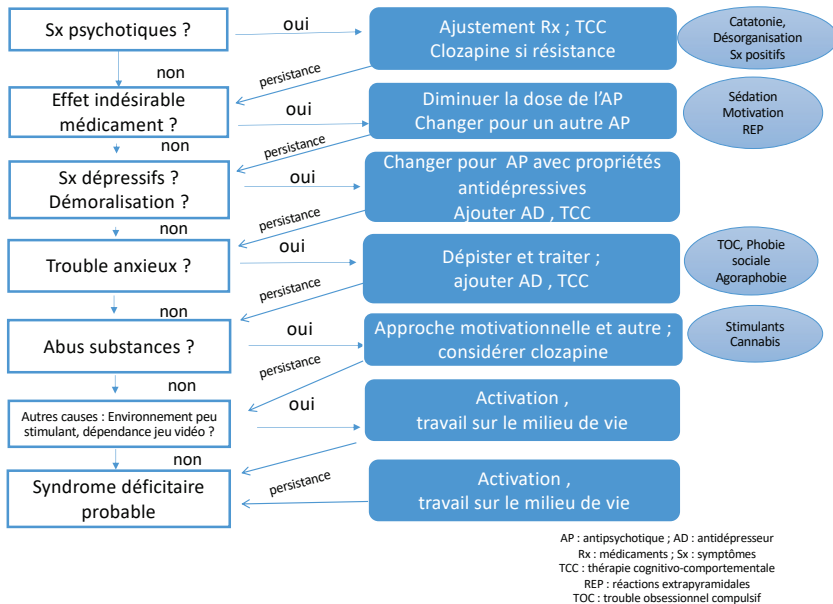
des effets plus subtils. Or, ces manifestations demeurent présentes et invalidantes, notamment parce qu'elles peuvent affecter la cognition (Potvin, Aubin et Stip, 2015), et ainsi nuire au rétablissement, et susciter de la stigmatisation (Haddad, Das, Keyhani et Chaudhry, 2012). L'impact négatif de ces effets indésirables sur l'adhésion au traitement, même à long terme après une manifestation extrapyramidale aiguë (p. ex. une dystonie survenue suivant une injection intramusculaire d'halopéridol en contexte d'urgence), a aussi été clairement démontré (Lambert et coll., 2004).

Ces manifestations prennent différentes formes dont l'impatience motrice (ou akathisie), le ralentissement psychomoteur, y compris la bradyphrénie (ralentissement de la pensée), les crampes au niveau du visage et du tronc, une réduction de l'expression du visage, une prosodie altérée, une gamme émotionnelle réduite, et un aspect global figé. Elles varient selon les antipsychotiques utilisés (plus fréquentes avec les agents plus incisifs de type rispéridone, palipéridone) (Huhn et coll., 2019), les doses utilisées, la combinaison avec d'autres médicaments (antidépresseurs, lithium, bloquants des canaux calciques notamment) et elles peuvent fluctuer en fonction du moment de prise, survenant parfois seulement au moment où les concentrations sanguines atteignent leur maximum (y compris selon le cycle d'administration des antipsychotiques à action prolongée par voie intramusculaire injectable [APAP]). Elles sont notamment majorées par la prise de stimulants (caféine, amphétamines), et aussi par celle de cannabis et d'alcool (Procyshyn, 2019). Parmi les autres facteurs de risque reconnus, on compte le fait de provenir des ethnies plus à risque comme les personnes noires, asiatiques et celles des Premières Nations (Ormerod, McDowell, Coleman et Ferner, 2008), le fait d'avoir subi des traumatismes crâniens ou de présenter des maladies cérébrales organiques (Procyshyn, 2019).

Par ailleurs, le recours à l'utilisation de correcteurs tels que les benzodiazépines et les anticholinergiques peut induire des difficultés cognitives significatives, qui constitueront un autre obstacle au rétablissement. Utiles pour contrer une manifestation indésirable aiguë (dystonie, akathisie), ces agents ne devraient pas être utilisés au long cours chez les PEP et devraient faire l'objet d'une réévaluation systématique rapide (Chong, Ravichandran, Poon, Soo et Verma, 2006). Ainsi, plutôt que d'ajouter de tels médicaments, on essaiera de prévenir ces effets par des modifications de traitement appropriées, par exemple par la diminution de la dose de l'antipsychotique ou le passage à une molécule moins à risque de causer de tels effets.

ENCADRÉ 3

Algorithme de détection et d'intervention pour contrer les symptômes négatifs



Inspiré de Carpenter, Heinrichs et Alphas, adapté par Malenfant, E., Demers, M. F. et Roy, M.-A.

Il peut être difficile de distinguer ces effets indésirables des symptômes négatifs primaires ou des signes de dépression. À cet égard, Carpenter, Heinrichs et Alphas (1985) ont proposé une démarche systématique d'évaluation des causes liées à la présence de symptômes négatifs, dont justement les effets extrapyramidaux associés aux psychotropes. L'encadré 3 présente une adaptation très clinique de cet algorithme, qui inclut la suggestion d'interventions spécifiques pour tenter de remédier aux symptômes négatifs, dont une revue attentive des effets indésirables de l'antipsychotique, dont le ralentissement psychomoteur et des effets au plan subjectif.

La dysphorie aux neuroleptiques

Les PEP décrivent souvent comme effet indésirable parmi les plus dérangeants, une impression d'être « déconnecté de leurs émotions, de se sentir zombie », et ce, dès l'instauration du traitement antipsychotique.

La dysphorie aux neuroleptiques est un phénomène sous-estimé en clinique, dont les preuves empiriques reposent notamment sur une corrélation claire entre le blocage dopaminergique et une impression subjective négative du traitement (Mizrahi et coll., 2007). Souvent associée à des troubles du mouvement, elle peut aussi se manifester d'une façon insidieuse et indépendante (Wu et Okusaga, 2015). Cette dysphorie peut contribuer à la non-adhésion au traitement, favoriser la consommation de substances, de là, entraîner une cascade médicamenteuse qui finit par nuire plutôt qu'aider : la personne se sent mal ; prend partiellement ses antipsychotiques ; consomme des substances ; devient plus symptomatique sur le plan de la psychose et voit ainsi ses antipsychotiques majorés, alors que de façon contre-intuitive une diminution de dose ou un changement vers un agent qui bloque moins les voies dopaminergiques pourrait mieux convenir et favoriser l'engagement de la personne dans son traitement.

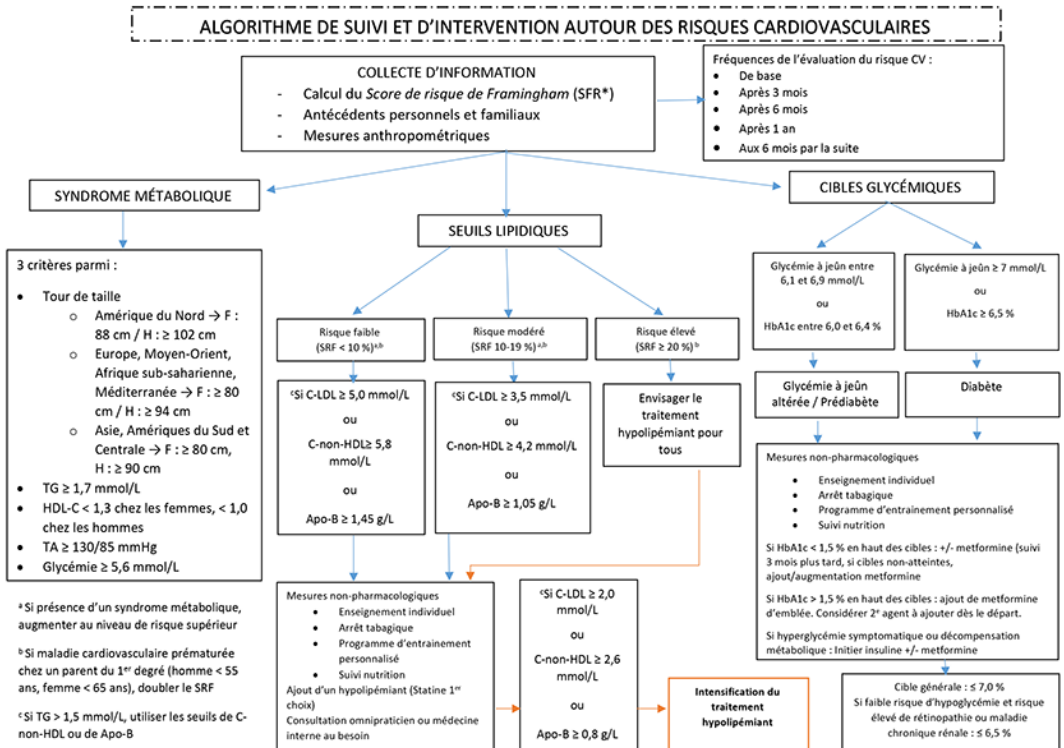
Les perturbations métaboliques et la prise de poids

Les prises de poids évaluées en PEP sont nettement supérieures et se développent plus rapidement (dès les premières semaines) que celles observées dans les autres populations susceptibles de recevoir des antipsychotiques (Alvarez-Jimenez et coll., 2008). Elles conduisent à plusieurs complications telles l'obésité, la dyslipidémie, la résistance à l'insuline, l'hypertension artérielle, le développement d'un syndrome métabolique et même le diabète (Curtis et coll., 2016). En fait, les individus atteints d'un trouble psychotique seraient à priori, avant même l'exposition aux traitements pharmacologiques, plus à risque de développer ces problèmes de santé, expliquant en partie la mortalité précoce observée dans ce groupe d'individus (Frajerma, Morin, Chaumette, Kebir et Krebs, 2020 ; Teff et coll., 2013). Eu égard aux impacts à long terme de ces problèmes, il est généralement conseillé d'essayer d'éviter l'utilisation à long terme de l'olanzapine, la molécule ayant le plus grand impact sur cet aspect (considérant son profil d'efficacité, somme toute comparable à celle des autres antipsychotiques, hormis la clozapine). Ceci dit, tous les antipsychotiques utilisés chez les PEP sont susceptibles d'engendrer ces complications, y compris les antipsychotiques souvent considérés comme plus neutres à cet égard comme les agents de troisième génération, et conséquemment, un monitoring étroit est requis, peu importe l'antipsychotique utilisé, et ce, même si l'ampleur de la prise de poids et des perturbations métaboliques peut différer selon les agents (Barton, Segger, Fischer,

Obermeier et Musil, 2020 ; Gomez-Revuelta et coll., 2018). Par exemple, une récente étude réalisée chez des PEP montre que l'utilisation de l'un ou l'autre des deux APAP les plus fréquemment prescrits (aripiprazole et palipéridone) chez les PEP entraîne des prises de poids similaires à un an, avec une surreprésentation de jeunes considérés en surpoids ou obèses, passant de 33 % à 60 % (Shymko et coll., 2021). Une évaluation des facteurs de risque cardiovasculaires qui inclut notamment une histoire d'obésité, de problèmes cardiovasculaires, de diabète, une suspicion d'apnée du sommeil (souvent sous-estimée en clinique) doit s'accompagner d'une revue des antécédents familiaux de maladie cardiovasculaire et de diabète et doit être considérée dans le choix

ENCADRÉ 4

Algorithme de suivi et d'intervention en lien avec le risque cardiovasculaire



*Calcul du Score de Risque de Framingham disponible à l'adresse suivante : https://ccs.ca/opp/uploads/2020/12/FRS_fr_2017_fn1.pdf
Références : Diabète Canada (Lignes directrices 2018) , Société canadienne de cardiologie (Lignes directrices 2021)

de traitement du PEP. Certaines données montrent que ces risques sont souvent sous-estimés chez les PEP, justement parce qu'ils sont jeunes. Des stratégies proactives de prévention de prise de poids et de promotion de saines habitudes de vie, y compris la diète et l'exercice, sont reconnues efficaces pour réduire ces risques (Edelsohn, 2019). L'encadré 4 présente l'algorithme de suivi et d'intervention en vigueur à la Clinique Notre-Dame des Victoires (Brunham et coll., 2018 ; Ivers et coll., 2019).

Certains effets indésirables plus dérangeants

Les troubles de la fonction sexuelle sont fréquents chez les PEP et peuvent être associés ou non à l'hyperprolactinémie, particulièrement en présence de certains ASG (notamment rispéridone/palipéridone) ou de ceux de première génération. Cette hyperprolactinémie, plus prononcée chez la femme, est pourtant mieux corrélée avec des répercussions cliniques dérangeantes chez l'homme, même en présence d'une faible augmentation, et constitue, dans les deux cas, une menace à l'adhésion au traitement, particulièrement chez les PEP (Grigg et coll., 2017). Ainsi, les hommes peuvent décrire des troubles de la fonction érectile et parfois, des picotements au niveau des mamelons, alors que chez les femmes, les irrégularités menstruelles et la galactorrhée peuvent survenir. Le suivi du calendrier des menstruations est judicieux chez ces dernières. Compte tenu du caractère souvent perçu comme embarrassant par les PEP des conversations autour de ces effets indésirables, les troubles de la fonction sexuelle ne sont souvent pas rapportés de façon spontanée. Or, puisqu'ils sont une cause fréquente de remise en question de la poursuite du traitement, un questionnaire spécifique, qui inclut la revue des attentes du jeune en matière de fonctionnement sexuel, permet de mieux isoler les impacts liés au traitement pharmacologique, et de les différencier de dysfonctions dues à des facteurs psychologiques. Il existe différents questionnaires valides et spécifiques aux effets indésirables sexuels des psychotropes, pour mieux objectiver ces difficultés, notamment l'*Arizona Sexual Experience Scale* disponible en français (Briki et coll., 2014). En particulier, l'absence d'érections nocturnes peut constituer un indice d'une origine médicamenteuse probable chez l'homme. Plusieurs solutions peuvent être envisagées, le cas échéant, y compris une diminution de dose, un changement d'antipsychotique ou l'ajout d'un antipsychotique agoniste dopaminergique. En présence d'hyperprolactinémie, l'ajout de carbergoline (un agoniste dopaminergique) est aussi décrit.

Finalement, chez les hommes, bien que non remboursé par la RAMQ (Régie de l'assurance maladie du Québec¹), l'usage ponctuel d'agents de type sildénafil/tadalafil peut contribuer à faire en sorte que le jeune regagne confiance et retrouve un fonctionnement sexuel satisfaisant, particulièrement lorsque l'origine des dysfonctions semble mixte. Des complications à long terme, dont la survenue d'ostéoporose, mais aussi l'augmentation potentielle du risque de cancer du sein chez les femmes avec hyperprolactinémie soutenue (≥ 5 ans, effet cumulatif), sont particulièrement préoccupantes chez les PEP compte tenu de la durée d'exposition de traitement anticipée, et devraient faire partie des éléments à considérer lors du choix de traitement (Lally et coll., 2017 ; Taipale, 2021). Finalement, chez les femmes, le désir de procréer et les impacts des médicaments sur la fertilité doivent faire l'objet d'une attention particulière.

L'hypotension peut constituer un frein à l'ajustement de certains médicaments, particulièrement chez les jeunes filles (sur la base d'observations cliniques). Outre les mesures non pharmacologiques (hydratation, bas de contention), l'ajout de correcteurs (p. ex. capsules de chlorure de sodium, fludrocortisone, midodrine) peut être envisagé.

La constipation, la sédation et la fatigue sont aussi des problèmes fréquents, qui méritent une approche proactive et pour lesquels des solutions existent. La revue minutieuse des médicaments au profil (y compris la médication physique ou prise en vente libre), l'ajustement, le fractionnement ou le regroupement des doses des psychotropes, le recours à des formulations courte action (quétiapine IR plutôt que XR, p. ex. pour limiter la somnolence diurne résiduelle), l'ajout de correcteurs (p. ex. laxatifs) ou encore le changement de l'antipsychotique doivent être alors considérés (Procyshyn, 2019).

L'encadré 5 présente un tableau qui résume l'impact des antipsychotiques en lien avec différents effets indésirables parmi les plus fréquents ou qui devraient faire l'objet d'une attention particulière (Taylor, Paton et Kapur, 2015).

1. Au Québec, la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ) administre le régime public d'assurances médicaments, dont bénéficie une majorité de FEP. La liste de médicaments et les conditions de couverture sont déterminées par la RAMQ.

ENCADRÉ 5

Principaux effets indésirables à surveiller et particularités

Rx	Sédation	↑Poids	REP	↑PRL	HTO	Autres
Aripiprazole	+/-	+	+	-	-	Trouble du contrôle pulsionnel
Asénapine	++	+	+	+/-	-	Dysgueusie, Hypoesthésie buccale
Brexpiprazole	-	+	+/-	-	+/-	Trouble du contrôle pulsionnel
Clozapine	+++	+++	-	-	+++	Anticholinergique, Hémato, Diabète, DLP, Tachycardie
Halopéridol	+	+	+++	+++	+	↑QTc
Lurasidone	+	+/-	++	+/-	-	Nausées
Olanzapine	++	+++	+/-	+	+	Diabète, DLP
Palipéridone/ Rispéridone	+	++	+++	+++	++	Tachycardie
Quétiapine	++	++	-	-	++	Anticholinergique, Hémato
Ziprasidone	+	+/-	+	+/-	+	↑QTc

REP : réaction extrapyramidale, PRL : prolactine, HTO : hypotension orthostatique, DLP : dyslipidémie
Incidence/Sévérité : +++ = élevée, ++ = modérée, + = faible, - = absent
Ce tableau ne représente pas une liste exhaustive des effets indésirables des antipsychotiques, mais tente plutôt d'établir un risque relatif entre les différentes molécules. Référez à la monographie complète des produits pour une description plus détaillée.

Tableau créé par Esthel Malenfant, pharmacienne, *Nanoprogramme en soins pharmaceutiques axés sur le rétablissement*, Faculté de pharmacie, 2021 ; Inspiré de Taylor, D., Paton, S. et Kapur, S. (2015). *The Maudsley Prescribing Guidelines in Psychiatry*, 12th Edition, ISBN 978-1-118-75460-3, 742 pages et de Procyshyn, R.M., Bezchlibnyk-Butler, K.Z. et Jeffrie, J.J. *Clinical handbook of psychotropic drugs*. ISBN: 9780889375611, 23rd ed. 2019, iv/454 pages

Différences entre les molécules en phase aiguë

À l'exception des PEP présentant une résistance au traitement, aucune différence claire n'a été démontrée quant à l'efficacité des diverses molécules, mais elles se distinguent toutefois en ce qui concerne les effets indésirables et les modalités d'administration (Huhn et coll., 2019). La présentation des manifestations psychotiques initiales et la présence de comorbidités seront prises en compte dans le choix du traitement antipsychotique. Parmi les antipsychotiques disponibles, l'accès à une forme injectable à longue action et les distinctions dans la propension à induire des manifestations extrapyramidales, des dysfonctions sexuelles ou de la prise de poids et des perturbations métaboliques seront souvent cités comme des éléments clefs dans le choix de traitement pour un individu donné (voir encadré 5).

APAP et prévention de la rechute

Tel que mentionné précédemment, l'adhésion au traitement constitue un enjeu majeur du traitement pharmacologique des PEP. Différentes stratégies peuvent être mises de l'avant pour soutenir la poursuite du traitement, dont l'utilisation proactive des APAP (Stip et coll., 2020). En général, les ECR ont révélé peu de différence entre les antipsychotiques administrés par voie orale et les APAP dans la prévention de rechute, alors que les études miroir ont démontré une plus grande efficacité associée à ces derniers (Kishimoto, Nitta, Borenstein, Kane et Correll, 2013; Kishimoto et coll., 2014). Les experts expliquent ces différences par des considérations méthodologiques, notamment par le biais introduit dans les ECR lié à l'exclusion des patients qui bénéficient le plus des APAP, comme les patients sous ordonnance de soins ou ceux avec des troubles d'utilisation de substances (Kirson et coll., 2013).

Les données quant à la supériorité des APAP en PEP, bien que basées sur un petit nombre d'études, sont particulièrement éloquentes. Premièrement, une étude panpopulationnelle, donc sans biais d'échantillonnage (Tiihonen et coll., 2011), réalisée en Finlande à partir d'imposants registres, révèle qu'après une première hospitalisation en psychiatrie, le risque de rechute est 3 fois moins élevé lorsque la personne est sous antipsychotique injectable que lorsqu'elle prend la même molécule par voie orale à sa sortie d'hôpital. Deuxièmement, une autre étude réalisée auprès de 83 patients exposés à la rispéridone en début d'évolution d'une schizophrénie révèle que le taux de rechute à un an est de 50 % sous cet antipsychotique pris par voie orale alors qu'il est de moins de 10 % lorsque pris sous sa forme injectable (Subotnik et coll., 2015). Finalement, l'utilisation d'un APAP a produit une réduction de 44 % du taux d'incidence des premières hospitalisations par rapport à l'utilisation d'antipsychotiques administrés de manière conventionnelle. Selon l'équipe qui a rapporté ces résultats, pour 7 patients traités avec un APAP, une hospitalisation a été évitée, en moyenne (Kane et coll., 2020).

Ces données ont mené un groupe d'experts mandatés par l'Association des médecins psychiatres du Québec (AMPQ) à recommander l'offre systématique des APAP dès le PEP (Stip et coll., 2020), ce qui va à l'encontre des pratiques habituelles de n'introduire un APAP qu'après plusieurs rechutes, pratique qui mène à leur sous-utilisation. Plusieurs barrières à l'utilisation systématique des APAP sont décrites et elles diffèrent selon les perspectives du patient, du clinicien ou encore sont liées à l'organisation des soins (Iyer et coll., 2013a, 2013b; Lindenmayer,

Glick, Talreja et Underriner, 2020). Notamment, une analyse du discours des médecins effectuée dans une étude qualitative met en lumière l'importance de la mise de l'avant d'arguments positifs envers les APAP dans l'acceptation par les patients (Weiden et coll., 2015).

Les avantages au plan économique sont aussi décrits. En utilisant les données de la RAMQ, l'impact des APAP a été évalué sur l'utilisation des ressources de soins de santé (*Health Care Resource Utilization*, [HCRU]) dans différents groupes d'âge de patients atteints de schizophrénie. Le HCRU et les coûts associés ont été analysés au cours de l'année avant et après le début de l'APAP, en utilisant 5 groupes d'âge : < 30, 30-39, 40-49, 50-59 et ≥ 60 ans. L'étude a inclus 1 996 personnes atteintes de schizophrénie et leur âge moyen était de 43,4 ans (écart-type : 14,5). Des réductions similaires des jours d'hospitalisation et des coûts totaux du HCRU ont été observées dans tous les groupes d'âge. En ce qui concerne les PEP, au cours de la période précédant l'initiation, les coûts moyens associés au HCRU total étaient plus élevés chez les patients de moins de 25 ans (64 263 \$) que chez ceux âgés de 25 ans et plus (57 108 \$) ($P \leq 0,01$), et ce montant baissait respectivement à 32 830 \$ et 23 412 \$ dans l'année qui suivait la prescription de l'APAP (Stip, 2017).

Combien de temps maintenir l'antipsychotique ?

Plusieurs lignes directrices recommandent le maintien du traitement pharmacologique pendant au moins 12 à 18 mois après l'atteinte de la rémission. Cette durée précise revêt un caractère arbitraire vu l'absence d'études comparant les impacts d'autres délais avant la tentative d'arrêt. Ce débat perdure notamment à la suite des travaux de Wunderink (2013) où une portion plus importante de PEP ayant cessé précocement les antipsychotiques a atteint le seuil de la rémission fonctionnelle à long terme (ce qui n'est pas sans refléter le fardeau des effets indésirables discuté précédemment). Cette question fait actuellement l'objet d'une évaluation longitudinale d'envergure (Begemann et coll., 2020). Quoi qu'il en soit, une conclusion importante de cette controverse — et qui est aussi une recommandation de la plupart des lignes directrices en vigueur — est la nécessité d'adopter une approche qui inclut la décision partagée autour du choix de maintenir ou non le traitement pharmacologique avec la personne et ses proches. Or, malheureusement, il n'existe pas d'outils d'aide à la décision partagée pour soutenir ce dialogue spécifique au PEP. Les facteurs pouvant justifier l'intérêt d'un maintien à plus long terme incluent la persistance d'une

consommation de drogues, la dangerosité lors d'épisodes psychotiques précédents ou un diagnostic sans équivoque de schizophrénie plutôt, par exemple, que de psychose induite. En pratique, dans la majorité des cas, les personnes voudront faire l'expérience d'une telle cessation de la médication. Dans de tels cas, il est recommandé de procéder très graduellement et d'établir un solide filet de sécurité (Addington et coll., 2016).

Résistance au traitement

Il est estimé qu'environ 20 % des PEP ne présenteront pas une réponse satisfaisante à 2 essais consécutifs d'antipsychotiques, rencontrant ainsi le critère de résistance au traitement (Agid et coll., 2011). On a proposé qu'il puisse s'agir d'un sous-type distinct de la maladie, qui présente une pathophysiologie autre qu'une augmentation de l'activité dopaminergique, notamment au plan glutamatergique. Les jeunes hommes ayant connu leur premier épisode avant l'âge de 20 ans seraient notamment plus à risque (Lally et Gaughran, 2019). En plus de ces cas, qu'on qualifie de résistance primaire, d'autres développeront une résistance secondaire, c'est-à-dire une résistance qui apparaîtra à la faveur d'une rechute subséquente (Takeuchi et coll., 2019). La définition des formes de résistance au traitement est plus complexe en PEP, car la plus grande propension à développer des effets indésirables, en particulier extrapyramidaux, peut empêcher l'atteinte des doses maximales recommandées. Aussi, cette résistance au traitement doit être distinguée d'une pseudo-résistance, issue de résultats insatisfaisants dus à un problème d'adhésion au traitement. Ceci a mené des experts à recommander l'utilisation d'un APAP avant de conclure à une résistance au traitement (Stip, Abdel-Baki, Roy, Bloom et Grignon, 2019).

La place de la clozapine

La clozapine a longtemps été perçue comme une option de dernier recours dans le traitement des troubles psychotiques, entre autres puisque l'on craint particulièrement les problèmes hématologiques qui peuvent y être associés. Or, lorsqu'utilisée rapidement dès l'atteinte du critère de résistance au traitement, elle aurait une efficacité d'autant plus élevée et avantageuse. Agid et collaborateurs (2011) ont testé l'algorithme suivant dans le traitement des PEP chez 327 patients : les patients recevaient d'abord l'olanzapine ou la rispéridone, puis ils

étaient soumis à l'autre de ces molécules dans le cas où la première ne fonctionnait pas. Le taux de réponse, initialement de 75,4 % pour la première molécule utilisée, chutait à 16,7 % pour la deuxième molécule utilisée. Enfin, l'algorithme prévoyait un dernier essai, à la clozapine cette fois, pour les patients n'ayant pas répondu aux 2 premières molécules. Le taux de réponse à la clozapine, chez ces patients ($n = 28$), s'est avéré de 75 %, contre 0 % pour ceux qui ont poursuivi avec la même molécule ($n = 22$) (Agid et coll., 2011). Cependant, les rares études réalisées avec la clozapine comme traitement de première intention lors du PEP ne justifient pas une telle utilisation. En plus d'un taux de réponse particulièrement élevé lorsqu'utilisée rapidement une fois le critère de résistance démontré, l'utilisation de la clozapine est associée à une panoplie d'avantages cliniques tels qu'une efficacité supérieure pour les symptômes positifs, des avantages possibles pour les symptômes négatifs, une quasi-absence d'effets indésirables extrapyramidaux ou de dyskinésie tardive, des avantages liés à la réduction de l'hostilité et de la violence, la prévention du suicide chez les patients atteints de schizophrénie à risque élevé et de troubles schizoaffectifs, une possibilité de réduction de la toxicomanie alcool et cannabis, un taux de mortalité inférieur comparativement à d'autres antipsychotiques, une durée d'hospitalisation plus courte et une plus grande adhésion au traitement. Il est possible que les contacts réguliers avec le personnel soignant, en raison du suivi hématologique inhérent à l'utilisation de la clozapine, expliquent une partie de ces résultats. Quoi qu'il en soit, les perceptions erronées des effets de la clozapine mènent à une sous-utilisation de cette molécule en intervention précoce et dans le traitement des psychoses en général (Williams et coll., 2017).

Une étude récente rapporte que 19,7 % des PEP de 3 cliniques d'intervention précoce au Canada ont reçu la clozapine, en moyenne après 2,4 essais, après une durée d'exposition à un antipsychotique de 471 jours. De cette proportion, 69 % d'entre eux ont atteint une rémission fonctionnelle, et ce, malgré le fait que plusieurs présentaient initialement des barrières à l'utilisation de la clozapine. En effet, ces jeunes étaient 2 fois plus à risque que les autres patients (sans clozapine) d'être sous autorisation de soins, présentaient 2,65 fois plus de troubles d'utilisation de substances et 4 fois plus de troubles de la personnalité (Leclerc et coll., 2021).

Les conditions gagnantes pour réduire les barrières à l'utilisation de la clozapine passent d'abord par une démystification de ce psychotrope. À cet effet, le *Guide d'utilisation de la clozapine*, élaboré par

les pharmaciens du Département clinique de pharmacie du Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux (CIUSSS) de la Capitale-Nationale, est un outil complet et pratico-pratique apprécié en clinique. L'utilisation efficace de la clozapine passe également par un suivi étroit des effets indésirables qui y sont associés, le plus souvent la constipation, l'énurésie, l'hypersalivation et la prise de poids, bien plus encore que les problèmes hématologiques souvent craints. Bien sûr, une approche de collaboration interprofessionnelle peut mieux soutenir les défis associés à la prise et au maintien de la clozapine chez les PEP (CIUSSS de la Capitale-Nationale, 2019).

Conclusions

Le choix du médicament, l'identification des cibles de traitement et de sa durée doivent se faire en équipe avec le patient, en considérant des enjeux aussi diversifiés que l'incertitude diagnostique, la sévérité du PEP, la capacité du patient à reconnaître ses symptômes, les effets indésirables médicamenteux potentiels et l'importance accordée par le patient à chacun d'eux, la complexité posologique, les exigences du monitoring, l'implication de la famille et surtout, le projet de vie de la personne.

Dans le traitement des troubles psychotiques, comme dans bien d'autres domaines en santé, chaque patient est une expérience unique avec un n égal à 1. En ce sens, l'utilisation d'échelles cliniques validées est à encourager, de façon à évaluer de manière rigoureuse les effets indésirables de même que l'efficacité des traitements. Le recueil systématique des données cliniques permet un suivi exhaustif où rien n'est laissé au hasard. On s'assure ainsi que le médicament demeure au service du rétablissement de la personne.

L'adhésion au traitement représente un enjeu majeur en santé mentale, particulièrement chez les PEP. Comment pourrait-on reprocher à un jeune de 20 ans de ne pas vouloir prendre un médicament pour une condition dont il considère parfois ne pas souffrir? Quel serait pour lui le bénéfice de recevoir un médicament qui supprimerait les symptômes psychotiques, mais qui nécessiterait l'utilisation d'agents correcteurs pour réduire les effets indésirables extrapyramidaux, lesquels auraient pour conséquence de le rendre incapable de se concentrer, d'encoder de nouvelles informations, de fonctionner, un médicament qui le ralentirait, le rendrait dysphorique et stigmatisé par les manifestations visibles de son utilisation? Ou encore qui lui occasionnerait des

complications à long terme et affecterait sa qualité de vie et même son espérance de vie? La perspective du rétablissement suppose une utilisation du médicament qui soit au service de la qualité de vie et de la satisfaction globale du patient. L'efficacité, mais également le confort, doivent constituer des cibles du traitement. L'engagement du patient et de sa famille dans les choix qui guident l'ajustement des médicaments est un impératif et s'inscrit dans la philosophie de traitement des PEP. Finalement, l'ajustement proactif et personnalisé du traitement pharmacologique doit être au service du projet de vie de la personne; l'approche pharmacologique doit en tout temps constituer une alliée au rétablissement de la personne et non un obstacle.

RÉFÉRENCES

- Addington, D. E., Norman, R., Bond, G. R., Sale, T., Melton, R., McKenzie, E. et Wang, J. (2016). Development and Testing of the First-Episode Psychosis Services Fidelity Scale. *Psychiatr Serv*, 67(9), 1023-1025. doi:10.1176/appi.ps.201500398
- Agid, O., Arenovich, T., Sajeew, G., Zipursky, R. B., Kapur, S., Foussias, G. et Remington, G. (2011). An algorithm-based approach to first-episode schizophrenia: response rates over 3 prospective antipsychotic trials with a retrospective data analysis. *J Clin Psychiatry*, 72 (11), 1439-1444. doi:10.4088/JCP.09m05785yel
- Alvarez-Jimenez, M., Gonzalez-Blanch, C., Crespo-Facorro, B., Hetrick, S., Rodriguez-Sanchez, J. M., Perez-Iglesias, R. et Vazquez-Barquero, J. L. (2008). Antipsychotic-induced weight gain in chronic and first-episode psychotic disorders: a systematic critical reappraisal. *CNS Drugs*, 22(7), 547-562. doi:10.2165/00023210-200822070-00002
- Andreasen, N. C., Carpenter, W. T., Jr., Kane, J. M., Lasser, R. A., Marder, S. R. et Weinberger, D. R. (2005). Remission in schizophrenia: proposed criteria and rationale for consensus. *Am J Psychiatry*, 162(3), 441-449. doi:10.1176/appi.ajp.162.3.441
- Awad, A. G. (2021). *The Search for a New Psychiatry: On Becoming a Psychiatrist, Clinical Neuroscientist and Other Fragments of Memory* (iUniverse Ed.).
- Barton, B. B., Segger, F., Fischer, K., Obermeier, M. et Musil, R. (2020). Update on weight-gain caused by antipsychotics: a systematic review and meta-analysis. *Expert Opin Drug Saf*, 19(3), 295-314. doi:10.1080/14740338.2020.1713091
- Begemann, M. J. H., Thompson, I. A., Veling, W., Gangadin, S. S., Geraets, C. N. W., van 't Hag, E., ... Sommer, I. E. C. (2020). To continue or not to continue? Antipsychotic medication maintenance versus dose-reduction/discontinuation in first episode psychosis: HAMLETT, a pragmatic multicenter single-blind randomized controlled trial. *Trials*, 21(1), 147. doi:10.1186/s13063-019-3822-5
- Briki, M., Haffen, E., Monnin, J., Tio, G., Nicolier, M., Sechter, D. et Vandel, P. (2014). [Sexual dysfunction and depression: Validity of a French version of the ASEX scale]. *Encephale*, 40(2), 114-122. doi:10.1016/j.encep.2012.10.008

- Brunham, L. R., Ruel, I., Aljenedil, S., Riviere, J. B., Baass, A., Tu, J. V.,... Brophy, J. (2018). Canadian Cardiovascular Society Position Statement on Familial Hypercholesterolemia: Update 2018. *Can J Cardiol*, 34(12), 1553-1563. doi:10.1016/j.cjca.2018.09.005
- Carbon, M., Kapoor, S., Sheridan, E., Al-Jadiri, A., Azzo, S., Sarkaria, T., ... Correll, C. U. (2015). Neuromotor Adverse Effects in 342 Youth During 12 Weeks of Naturalistic Treatment With 5 Second-Generation Antipsychotics. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 54(9), 718-727 e713. doi:10.1016/j.jaac.2015.06.015
- Carpenter, W. T., Jr., Heinrichs, D. W. et Alphs, L. D. (1985). Treatment of negative symptoms. *Schizophr Bull*, 11 (3), 440-452. doi:10.1093/schbul/11.3.440
- Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de la Capitale-Nationale, D. c. d. p. (2019). *Guide d'utilisation de la clozapine*. (ISBN: 978-2-550-85200-1). CIUSS de la Capitale-Nationale.
- Chong, S. A., Ravichandran, N., Poon, L. Y., Soo, K. L. et Verma, S. (2006). Reducing polypharmacy through the introduction of a treatment algorithm: use of a treatment algorithm on the impact on polypharmacy. *Ann Acad Med Singap*, 35(7), 457-460. Retrieved from <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16902720>
- Crockford, D. et Addington, D. (2017). Canadian Schizophrenia Guidelines: Schizophrenia and Other Psychotic Disorders with Coexisting Substance Use Disorders. *Can J Psychiatry*, 62(9), 624-634. doi:10.1177/0706743717720196
- Curtis, J., Watkins, A., Rosenbaum, S., Teasdale, S., Kalucy, M., Samaras, K. et Ward, P. B. (2016). Evaluating an individualized lifestyle and life skills intervention to prevent antipsychotic-induced weight gain in first-episode psychosis. *Early Interv Psychiatry*, 10(3), 267-276. doi:10.1111/eip.12230
- Drake, R., Haddock, G., Tarrier, N., Bentall, R. et Lewis, S. (2007). The Psychotic Symptom Rating Scales (PSYRATS): their usefulness and properties in first episode psychosis. *Schizophr Res*, 89(1-3), 119-122. doi:10.1016/j.schres.2006.04.024
- Edelsohn, G. A. (2019). Editorial: Making Use of What We Know: Medical Decision-Making and Antipsychotics. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 58(11), 1051-1053. doi:10.1016/j.jaac.2019.03.019
- Frajerman, A., Morin, V., Chaumette, B., Kebir, O. et Krebs, M. O. (2020). [Management of cardiovascular co-morbidities in young patients with early onset psychosis: State of the art and therapeutic perspectives]. *Encephale*, 46(5), 390-398. doi:10.1016/j.encep.2020.03.007
- Galletly, C., Castle, D., Dark, F., Humberstone, V., Jablensky, A., Killackey, E., ... Tran, N. (2016). Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists clinical practice guidelines for the management of schizophrenia and related disorders. *Aust N Z J Psychiatry*, 50(5), 410-472. doi:10.1177/0004867416641195
- Garcia-Amador, M., Merchan-Naranjo, J., Tapia, C., Moreno, C., Castro-Fornieles, J., Baeza, I., ... Arango, C. (2015). Neurological Adverse Effects of Antipsychotics in Children and Adolescents. *J Clin Psychopharmacol*, 35(6), 686-693. doi:10.1097/JCP.0000000000000419
- Gomez-Revuelta, M., Pelayo-Teran, J. M., Juncal-Ruiz, M., Ortiz-Garcia de la Foz, V., Vazquez-Bourgon, J., Gonzalez-Pinto, A. et Crespo-Facorro, B. (2018). Long-Term Antipsychotic Effectiveness in First Episode of Psychosis: A 3-Year Follow-Up Randomized Clinical Trial Comparing Aripiprazole, Quetiapine,

- and Ziprasidone. *Int J Neuropsychopharmacol*, 21(12), 1090-1101. doi:10.1093/ijnp/pyy082
- Grigg, J., Worsley, R., Thew, C., Gurvich, C., Thomas, N. et Kulkarni, J. (2017). Antipsychotic-induced hyperprolactinemia: synthesis of world-wide guidelines and integrated recommendations for assessment, management and future research. *Psychopharmacology (Berl)*, 234(22), 3279-3297. doi:10.1007/s00213-017-4730-6
- Haddad, P. M., Das, A., Keyhani, S. et Chaudhry, I. B. (2012). Antipsychotic drugs and extrapyramidal side effects in first episode psychosis: a systematic review of head-head comparisons. *J Psychopharmacol*, 26(5 Suppl), 15-26. doi:10.1177/0269881111424929
- Haddock, G., McCarron, J., Tarrier, N. et Faragher, E. B. (1999). Scales to measure dimensions of hallucinations and delusions: the psychotic symptom rating scales (PSYRATS). *Psychol Med*, 29(4), 879-889. doi:10.1017/s0033291799008661
- Huhn, M., Nikolakopoulou, A., Schneider-Thoma, J., Krause, M., Samara, M., Peter, N., ... Leucht, S. (2019). Comparative efficacy and tolerability of 32 oral antipsychotics for the acute treatment of adults with multi-episode schizophrenia: a systematic review and network meta-analysis. *Lancet*, 394(10202), 939-951. doi:10.1016/S0140-6736 (19) 31135-3
- Ivers, N. M., Jiang, M., Alloo, J., Singer, A., Ngui, D., Casey, C. G. et Yu, C. H. (2019). Diabetes Canada 2018 clinical practice guidelines: Key messages for family physicians caring for patients living with type 2 diabetes. *Can Fam Physician*, 65(1), 14-24. Retrieved from <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/30674509>
- Iyer, S., Banks, N., Roy, M. A., Tibbo, P., Williams, R., Manchanda, R., ... Malla, A. (2013a). A qualitative study of experiences with and perceptions regarding long-acting injectable antipsychotics: Part I-patient perspectives. *Can J Psychiatry*, 58(5 Suppl 1), 14S-22S. doi:10.1177/088740341305805s03
- Iyer, S., Banks, N., Roy, M. A., Tibbo, P., Williams, R., Manchanda, R., ... Malla, A. (2013b). A qualitative study of experiences with and perceptions regarding long-acting injectable antipsychotics: part II-physician perspectives. *Can J Psychiatry*, 58(5 Suppl 1), 23S-29S. doi:10.1177/088740341305805s04
- Jordan, G., Lutgens, D., Joobar, R., Lepage, M., Iyer, S. N. et Malla, A. (2014). The relative contribution of cognition and symptomatic remission to functional outcome following treatment of a first episode of psychosis. *J Clin Psychiatry*, 75(6), e566-572. doi:10.4088/JCP.13m08606
- Kane, J. M., Schooler, N. R., Marcy, P., Correll, C. U., Achtyes, E. D., Gibbons, R. D. et Robinson, D. G. (2020). Effect of Long-Acting Injectable Antipsychotics vs Usual Care on Time to First Hospitalization in Early-Phase Schizophrenia: A Randomized Clinical Trial. *JAMA Psychiatry*. doi:10.1001/jamapsychiatry.2020.2076
- Kay, S. R., Fiszbein, A. et Opler, L. A. (1987). The positive and negative syndrome scale (PANSS) for schizophrenia. *Schizophr Bull*, 13(2), 261-276. doi:10.1093/schbul/13.2.261
- Keating, D., McWilliams, S., Boland, F., Doyle, R., Behan, C., Strawbridge, J. et Clarke, M. (2021). Prescribing pattern of antipsychotic medication for first-episode psychosis: a retrospective cohort study. *BMJ Open*, 11(1), e040387. doi:10.1136/bmjopen-2020-040387

- Kirson, N. Y., Weiden, P. J., Yermakov, S., Huang, W., Samuelson, T., Offord, S. J.,... Wong, B. J. (2013). Efficacy and effectiveness of depot versus oral antipsychotics in schizophrenia: synthesizing results across different research designs. *J Clin Psychiatry*, 74(6), 568-575. doi:10.4088/JCP.12r08167
- Kishi, T., Ikuta, T., Matsui, Y., Inada, K., Matsuda, Y., Mishima, K. et Iwata, N. (2019). Effect of discontinuation v. maintenance of antipsychotic medication on relapse rates in patients with remitted/stable first-episode psychosis: a meta-analysis. *Psychol Med*, 49(5), 772-779. doi:10.1017/S0033291718001393
- Kishimoto, T., Nitta, M., Borenstein, M., Kane, J. M. et Correll, C. U. (2013). Long-acting injectable versus oral antipsychotics in schizophrenia: a systematic review and meta-analysis of mirror-image studies. *J Clin Psychiatry*, 74(10), 957-965. doi:10.4088/JCP.13r08440
- Kishimoto, T., Robenzadeh, A., Leucht, C., Leucht, S., Watanabe, K., Mimura, M., ... Correll, C. U. (2014). Long-acting injectable vs oral antipsychotics for relapse prevention in schizophrenia: a meta-analysis of randomized trials. *Schizophr Bull*, 40(1), 192-213. doi:10.1093/schbul/sbs150
- Lally, J., Ajnakina, O., Stubbs, B., Williams, H. R., Colizzi, M., Carra, E., ... Gaughran, F. (2017). Hyperprolactinaemia in first episode psychosis—A longitudinal assessment. *Schizophr Res*, 189, 117-125. doi:10.1016/j.schres.2017.07.037
- Lally, J. et Gaughran, F. (2019). Treatment resistant schizophrenia—review and a call to action. *Ir J Psychol Med*, 36(4), 279-291. doi:10.1017/ipm.2018.47
- Lambert, M., Conus, P., Eide, P., Mass, R., Karow, A., Moritz, S., ... Naber, D. (2004). Impact of present and past antipsychotic side effects on attitude toward typical antipsychotic treatment and adherence. *Eur Psychiatry*, 19(7), 415-422. doi:10.1016/j.eurpsy.2004.06.031
- Leclerc, L. D., Demers, M. F., Bardell, A., Bilodeau, I., Williams, R., Tibbo, P. et Roy, M. A. (2021). A Chart Audit Study of Clozapine Utilization in Early Psychosis. *J Clin Psychopharmacol*. doi:10.1097/JCP.0000000000001384
- Lindenmayer, J. P., Glick, I. D., Talreja, H. et Underriner, M. (2020). Persistent Barriers to the Use of Long-Acting Injectable Antipsychotics for the Treatment of Schizophrenia. *J Clin Psychopharmacol*, 40(4), 346-349. doi:10.1097/JCP.0000000000001225
- Mizrahi, R., Rusjan, P., Agid, O., Graff, A., Mamo, D. C., Zipursky, R. B. et Kapur, S. (2007). Adverse subjective experience with antipsychotics and its relationship to striatal and extrastriatal D2 receptors: a PET study in schizophrenia. *Am J Psychiatry*, 164(4), 630-637. doi:10.1176/ajp.2007.164.4.630
- Ormerod, S., McDowell, S. E., Coleman, J. J. et Ferner, R. E. (2008). Ethnic differences in the risks of adverse reactions to drugs used in the treatment of psychoses and depression: a systematic review and meta-analysis. *Drug Saf*, 31(7), 597-607. doi:10.2165/00002018-200831070-00005
- Potvin, S., Aubin, G. et Stip, E. (2015). Antipsychotic-induced parkinsonism is associated with working memory deficits in schizophrenia-spectrum disorders. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci*, 265(2), 147-154. doi:10.1007/s00406-014-0511-y
- Procyshyn, R. M., Bezchlibnyk-Butler, K. Z., Jeffries, J. J. (2019). *Clinical handbook of psychotropic drugs*. (23rd ed. ed.). Hogrefe Publishing.

- Robinson, D., Woerner, M. G., Alvir, J. M., Bilder, R., Goldman, R., Geisler, S., ... Lieberman, J. A. (1999). Predictors of relapse following response from a first episode of schizophrenia or schizoaffective disorder. *Arch Gen Psychiatry*, 56(3), 241-247. doi:10.1001/archpsyc.56.3.241
- Shea, S. C. (2017). *Psychiatric interviewing, 3rd Edition. The art of understanding: a practical guide for psychiatrists, psychologists, counselors, social workers, nurses and other mental health professionals*. Elsevier.
- Shymko, G., Grace, T., Jolly, N., Dobson, L., Hacking, D., Parmar, A., ... Waters, F. (2021). Weight gain and metabolic screening in young people with early psychosis on long acting injectable antipsychotic medication (aripiprazole vs paliperidone). *Early Interv Psychiatry*, 15(4), 787-793. doi:10.1111/eip.13013
- Stip, E. (2017). Cost Reductions Associated With Long-Acting Injectable Antipsychotics According to Patient Age. *J Clin Psychiatry*, 78(8), e1061. doi:10.4088/JCP.16lr11402
- Stip, E., Abdel-Baki, A., Roy, M. A., Bloom, D. et Grignon, S. (2019). [Long-acting antipsychotics: The QAAPAPLE algorithm review]. *Can J Psychiatry*, 64(10), 697-707. doi:10.1177/0706743719847193
- Stip, E., Grignon, S., Roy, M. A., Bloom, D., Osman, O., Amiri, L.,... Arnone, D. (2020). From QAAPAPLE 1 to QAAPAPLE 2: how do we move from one algorithm to another one with Long Acting Antipsychotics (LAIs). *Expert Rev Neurother*, 20(12), 1325-1332. doi:10.1080/14737175.2020.1826930
- Subotnik, K. L., Casaus, L. R., Ventura, J., Luo, J. S., Helleman, G. S., Gretchen-Doody, D., ... Nuechterlein, K. H. (2015). Long-Acting Injectable Risperidone for Relapse Prevention and Control of Breakthrough Symptoms After a Recent First Episode of Schizophrenia. A Randomized Clinical Trial. *JAMA Psychiatry*, 72(8), 822-829. doi:10.1001/jamapsychiatry.2015.0270
- Taipale, H., Solmi, M., Lähteenvuo, M., Tanskanen, A., Correll, C. U. et Tiihonen, J. (2021). Antipsychotic use and risk of breast cancer in women with schizophrenia: a nationwide nested case-control study in Finland. *The lancet. Psychiatry*, 8(10), 883-891. doi:https://doi.org/10.1016/S2215-0366 (21) 00241-8
- Takeuchi, H., Siu, C., Remington, G., Fervaha, G., Zipursky, R. B., Foussias, G. et Agid, O. (2019). Does relapse contribute to treatment resistance? Antipsychotic response in first- vs. second-episode schizophrenia. *Neuropsychopharmacology*, 44(6), 1036-1042. doi:10.1038/s41386-018-0278-3
- Taylor, D., Paton, S. et Kapur, S. (2015). *The Maudsley Prescribing Guidelines in Psychiatry* (12th ed.). Wiley Blackwell.
- Teff, K. L., Rickels, M. R., Grudziak, J., Fuller, C., Nguyen, H. L. et Rickels, K. (2013). Antipsychotic-induced insulin resistance and postprandial hormonal dysregulation independent of weight gain or psychiatric disease. *Diabetes*, 62(9), 3232-3240. doi:10.2337/db13-0430
- Tiihonen, J., Haukka, J., Taylor, M., Haddad, P. M., Patel, M. X. et Korhonen, P. (2011). A nationwide cohort study of oral and depot antipsychotics after first hospitalization for schizophrenia. *Am J Psychiatry*, 168(6), 603-609. doi:10.1176/appi.ajp.2011.10081224
- Velligan, D. I., Sajatovic, M., Hatch, A., Kramata, P. et Docherty, J. P. (2017). Why do psychiatric patients stop antipsychotic medication? A systematic review of

- reasons for nonadherence to medication in patients with serious mental illness. *Patient Prefer Adherence*, 11, 449-468. doi:10.2147/PPA.S124658
- Weiden, P. J., Roma, R. S., Velligan, D. I., Alphs, L., DiChiara, M. et Davidson, B. (2015). The challenge of offering long-acting antipsychotic therapies: a preliminary discourse analysis of psychiatrist recommendations for injectable therapy to patients with schizophrenia. *J Clin Psychiatry*, 76(6), 684-690. doi:10.4088/JCP.13m08946
- Williams, R., Malla, A., Roy, M. A., Joobar, R., Manchanda, R., Tibbo, P., ... Agid, O. (2017). What Is the Place of Clozapine in the Treatment of Early Psychosis in Canada? *Can J Psychiatry*, 62(2), 109-114. doi:10.1177/0706743716651049
- Witt, K., van Dorn, R. et Fazel, S. (2013). Risk factors for violence in psychosis: systematic review and meta-regression analysis of 110 studies. *PLoS One*, 8(2), e55942. doi:10.1371/journal.pone.0055942
- Wu, H. E. et Okusaga, O. O. (2015). Antipsychotic medication-induced dysphoria: its meaning, association with typical vs. atypical medications and impact on adherence. *Psychiatr Q*, 86(2), 199-205. doi:10.1007/s11126-014-9319-1
- Wunderink, L., Nieboer, R. M., Wiersma, D., Sytema, S. et Nienhuis, F. J. (2013). Recovery in remitted first-episode psychosis at 7 years of follow-up of an early dose reduction/discontinuation or maintenance treatment strategy: long-term follow-up of a 2-year randomized clinical trial. *JAMA Psychiatry*, 70(9), 913-920. doi:10.1001/jamapsychiatry.2013.19
- Zhu, Y., Li, C., Huhn, M., Rothe, P., Krause, M., Bighelli, I., ... Leucht, S. (2017). How well do patients with a first episode of schizophrenia respond to antipsychotics: A systematic review and meta-analysis. *Eur Neuropsychopharmacol*, 27 (9), 835-844. doi:10.1016/j.euroneuro.2017.06.011

Les approches familiales en intervention précoce : repères pour guider les interventions et soutenir les familles dans les programmes d'intervention pour premiers épisodes psychotiques (PPEP)

Marie-Hélène Morin^a

Anne-Sophie Bergeron^b

Mary Anne Levasseur^c

Srividya N. Iyer^d

Marc-André Roy^e

-
- a. T.S., Ph. D., professeure en travail social, Département de psychosociologie et travail social, Université du Québec à Rimouski (UQAR) – Cotitulaire de la Chaire interdisciplinaire sur la santé et les services sociaux aux populations rurales (CIRUSSS).
 - b. T.S., M. Trav. Soc., agente de recherche, Département de psychosociologie et travail social, Université du Québec à Rimouski (UQAR), Chaire interdisciplinaire sur la santé et les services sociaux aux populations rurales (CIRUSSS).
 - c. Citoyenne – patiente partenaire, Université du Québec à Rimouski (UQAR), Chaire interdisciplinaire sur la santé et les services sociaux aux populations rurales (CIRUSSS).
 - d. Ph. D., psychologue, Professeure au Département de psychiatrie, Université McGill – Directrice scientifique-clinique, ACCESS Esprits ouverts – Vice Présidente, International Association for Youth Mental Health (IAYMH) – Professeure agrégée, département de psychiatrie, Université McGill – Chercheuse, Centre de recherche de l'hôpital Douglas et Programme d'évaluation, d'intervention et de prévention des psychoses (PEPP-Montréal).
 - e. MD, FRCP, psychiatre, Clinique Notre-Dame des Victoires, Québec – Professeur titulaire de Psychiatrie et Neurosciences, Faculté de Médecine, Université Laval – Directeur médical, PPEP Capitale-nationale – Chercheur, Centre de recherche CERVO, Québec.

RÉSUMÉ Il existe désormais un large consensus sur l'utilité des approches familiales dans les programmes d'intervention précoce en matière de psychose. L'évolution des connaissances sur les premières psychoses et le développement des interventions familiales ont grandement influencé la perception à l'égard des familles dans le processus de rétablissement.

Objectifs Cet article propose un état des connaissances des pratiques en intervention familiale en posant un regard sur l'implication des familles en intervention précoce. Les connaissances issues du parcours des familles constituent la base historique de l'article, alors que celles plus récentes sur les troubles psychotiques et les interventions familiales servent de fondement à son contenu. Les objectifs sont de : 1) documenter les impacts et les besoins spécifiques des familles lors d'un premier épisode psychotique (PEP); 2) rappeler les fondements des approches familiales; 3) guider l'intervention familiale dans les programmes PEP; 4) soulever les enjeux liés à l'implication des familles en intervention précoce.

Méthode Les connaissances historiques relatives au développement des approches en intervention familiale en santé mentale ont été documentées à partir des travaux des pionniers du domaine de l'intervention familiale, alors que l'état des pratiques actuelles a fait l'objet d'une recension des écrits (modèles et approches d'interventions, efficacité des interventions, enjeux de l'intervention et de l'implication des familles, etc.). Les résultats issus d'études récentes, menées au Québec et ailleurs, posent un regard sur les modalités d'interventions et la contribution des familles dans les équipes d'intervention précoce. Les enjeux liés à l'établissement de pratiques collaboratives, au partage d'informations et au respect de la confidentialité en santé mentale sont abordés.

Résultats Les connaissances issues de la recension des écrits et des travaux de recherche récents sont mises en relief avec le cadre de référence des *Programmes d'interventions pour premiers épisodes psychotiques* (Cadre PPEP, 2018) et les mesures du *Plan d'action en santé mentale* (PASM 2015-2020), de même qu'avec les guides internationaux de bonnes pratiques en intervention précoce. Elles permettent d'identifier les acquis et de dégager les moyens à mettre de l'avant afin de poursuivre le développement des pratiques en intervention familiale au Québec.

Conclusion La reconnaissance du rôle incontournable des familles et de leur implication en intervention précoce comporte des défis. Si les interventions familiales ont démontré leur efficacité, tant pour la personne atteinte que pour sa famille, des actions concrètes doivent être mises en place pour soutenir l'implantation de ces pratiques et assurer leur pérennité dans les équipes pour premiers épisodes psychotiques.

MOTS CLÉS interventions familiales, approches familiales, pratiques collaboratives, interventions précoces, premier épisode psychotique, *case management*

Family Approaches in Early Intervention: Benchmarks to Guide Intervention and Support Families in First Episode Psychosis Programs (FEPP)

ABSTRACT There is now broad consensus on the usefulness of family approaches in early intervention programs. The evolution of knowledge about early psychosis and the development of family interventions have greatly influenced the perception of families in the recovery process.

Objectives This article proposes a state of knowledge of family intervention practices by looking at family involvement in early intervention. Knowledge from the family journey constitutes the historical basis of the article, while more recent knowledge about psychotic disorders and family intervention form the basis of the article's content. The objectives are to: 1) document the specific impacts and needs of families during a first episode of psychosis (FEP); 2) review the main approaches in family intervention; 3) guide the application of family interventions in FEP programs and 4) raise issues related to family involvement in early intervention.

Method Historical knowledge on the development of family intervention approaches in mental health was documented from the work of pioneers in the field of family intervention, while the state of current practices has been the subject of a literature review (intervention models and approaches, effectiveness of interventions, issues of intervention and family involvement, etc.). Results from recent studies conducted in Quebec and elsewhere provide an overview of intervention methods and the contribution of families in early intervention teams. Issues related to the establishment of collaborative practices, information sharing and respect for confidentiality in mental health are addressed.

Results Knowledge from the literature review and recent research is highlighted in relation to the First Episode Psychosis Intervention Programs Framework (Cadre PPEP, 2018) and the Mental Health Action Plan measures (PASM 2015-2020), as well as to international best practice guidelines for early intervention. They identify what has been achieved as well as ways to move forward in order to continue developing family intervention practices in Quebec.

Conclusion Recognition of the essential role of families and their involvement in early intervention presents challenges. While family interventions have demonstrated their effectiveness, both for the person with the disorder and for their family, actions must be taken to support the implementation of these practices and ensure their sustainability in early intervention teams.

KEYWORDS family interventions, family approaches, collaborative practices, early intervention, first episode psychosis, case management

Introduction

Il existe un large consensus concernant le rôle des familles¹ dans le processus de rétablissement des personnes atteintes d'un premier épisode psychotique (PEP). S'appuyant sur une revue narrative des écrits, cet article propose un état des connaissances sur les approches familiales en intervention précoce et des repères pour guider l'intervention familiale lors d'un PEP. Les objectifs sont de : 1) documenter les impacts et les besoins spécifiques des familles lors d'un PEP ; 2) rappeler les fondements des approches familiales ; 3) guider l'intervention familiale dans les PPEP ; 4) soulever quelques enjeux liés à l'implication des familles en intervention précoce. Cet état des connaissances sera mis en relief avec le cadre de référence des *Programmes d'interventions pour premiers épisodes psychotiques* (ministère de la Santé et des Services sociaux [MSSS], 2018), le *Plan d'action en santé mentale* (PASM 2015-2020) et avec les guides de bonnes pratiques en intervention précoce. Il sera alors possible de dégager des repères concrets pour poursuivre le développement des interventions familiales en intervention précoce.

Méthode

Les connaissances historiques concernant le développement des approches en intervention familiale en santé mentale sont résumées à partir des travaux des pionniers du domaine, alors que l'état des pratiques actuelles fait l'objet d'une recension des écrits (modèles et approches d'interventions, efficacité et enjeux des interventions, etc.). Les résultats d'études récentes posent un regard sur les modalités d'interventions et la contribution des familles dans les PPEP. Les enjeux liés à l'établissement de pratiques collaboratives, au partage d'informations et au respect de la confidentialité en santé mentale sont abordés.

La recension des écrits scientifiques s'appuie sur la littérature anglo-saxonne et issue de la francophonie. La revue narrative des écrits se distingue d'une revue systématique puisqu'elle repose sur la connaissance des auteurs en regard du champ d'études concerné et sur un processus de recherche documentaire plus souple et itératif, plutôt que sur une stratégie de recherche prédéterminée, clairement explicitée et donc

1. Dans cet article, la notion de famille renvoie aux membres de l'entourage (membres de la famille immédiate ou élargie : parents, conjoints, membres de la fratrie) qui exercent un rôle de soutien significatif auprès d'un adulte vivant avec un trouble psychotique en début d'évolution.

reproductible (Higgins et Green, 2008). Pour guider la recherche documentaire, différentes bases de données ont été consultées : *PubMed*, *Medline*, *Science Direct*, *Academic Search Complete*, *PsycINFO*, *Social Services Abstracts*, *Social Work Abstracts*, Cairn et Érudit. Des mots clés concernant les interventions familiales en intervention précoce ont été utilisés : familles, proches aidants, interventions, premier épisode psychotique, approches familiales, pratiques collaboratives, premières psychoses, schizophrénie, services en santé mentale. Afin de diversifier les sources documentaires, certains livres ou chapitres de livres, de même que des documents issus de la littérature grise (rapports de spécialistes et documents gouvernementaux) ont également été retenus. Les références les plus récentes (2015-2021) ont fait l'objet d'une attention particulière, mais certaines références plus anciennes concernant les fondements historiques des interventions familiales ont été conservées.

Résultats

Les impacts des PEP pour les familles

La majorité des troubles psychotiques surviennent pendant la transition entre l'adolescence et l'âge adulte. Pendant cette période, le système familial exerce un rôle important, permettant l'affirmation de l'identité du jeune et le développement de son autonomie. Il représente alors le lieu où les manifestations d'un PEP se révèlent : repli sur soi, désintérêt pour l'autre, désinvestissement des liens avec la famille, etc. (Bantman, 2020). Pour les familles, il peut être difficile de distinguer les signes liés à l'émergence du trouble de ceux qui accompagnent les étapes du développement normal de l'adolescence (Valladier et coll., 2018). Dans certains cas, ces premiers signes sont insidieux et surviennent des mois, voire des années avant l'apparition de la phase aiguë du trouble. Un PEP a souvent l'effet d'un tsunami pour les proches qui présentent un niveau de détresse psychologique et un sentiment de fardeau élevés (Cotton et coll., 2016 ; Leclerc et Thérien, 2012 ; Ma et coll., 2018). Ils doivent composer avec une situation pour laquelle ils n'ont pas de repères et l'évolution imprévisible du PEP représente une importante source de stress qui accentue leur détresse (Davis, 2014 ; Jansen et coll., 2015 ; Morin et St-Onge, 2017), ce qui peut nuire au rétablissement du jeune (Bantman, 2020). Par exemple, les parents peuvent le protéger de manière excessive, faire passer ses besoins avant

les leurs ou compenser pour ses difficultés en assumant certaines de ses responsabilités (Jansen et coll., 2015). Ils manquent de connaissances par rapport à l'organisation du système de soins (Attal et Lecardeur, 2019; Ma et coll., 2018; MacDonald et coll., 2021) et craignent d'être stigmatisés (Cotton et coll., 2016). À l'annonce du diagnostic, les parents se sentent désemparés et vivent plusieurs émotions, comme de la culpabilité, de la colère et de la tristesse (Attal et Lecardeur, 2019). Les familles doivent également adapter leur rôle parental et ne sont pas toujours en mesure de reconnaître leurs propres besoins d'aide et de soutien (Davis, 2014). Si ces parents ne reçoivent pas l'accompagnement nécessaire, ils risquent d'en subir les conséquences sur leur famille (divorce, perte d'emploi) et sur leur propre santé (épuisement, dépression, détresse) (Valladier et coll. 2018). Ces impacts ont d'ailleurs été bien documentés par les recherches sur le « fardeau familial² », qui ont mis en évidence les tensions auxquelles sont soumises les familles engagées dans un rôle de soutien. Les membres de l'entourage doivent donc recevoir les services nécessaires pour répondre à leurs besoins (Commission de la santé mentale du Canada [CSMC], 2019; MSSS, 2015; 2018).

L'intervention familiale dans le contexte d'un PEP

Il existe un large consensus sur l'utilité d'intervenir auprès des familles lors d'un PEP. Leur offrir un accompagnement assure un meilleur parcours de soins, améliore leur qualité de vie, participe à la prévention d'une évolution vers le maintien du trouble et diminue les taux de rechutes et d'hospitalisations (MSSS, 2018; Oluwoye et coll., 2020; Rey et coll., 2019; Stafford et coll. 2013). Toutefois, il est difficile pour les familles d'aller chercher de l'aide. Culpabilité, peur du jugement, honte, isolement, crainte de rompre définitivement les liens qu'ils ont avec leur jeune sont autant de facteurs susceptibles d'entraver leur processus de demande d'aide (Bantman, 2020; Leclerc et Thérien, 2012; Valladier et coll. 2018). Le plus souvent, c'est dans un contexte d'exacerbation des symptômes, d'une diminution marquée du fonctionnement social ou

2. Le concept de « fardeau familial » désigne la charge que peut représenter le rôle de soutien exercé par les familles. Le fardeau objectif regroupe les impacts sur la vie quotidienne et sur les relations familiales et sociales tandis que le fardeau subjectif renvoie aux manifestations émotives (peur, culpabilité, inquiétude, sentiment de perte, etc.), et aux impacts sur la santé physique et mentale (Atkinson et Coia, 1995).

d'une situation de crise psychotique que les familles font une demande d'aide professionnelle pour la première fois (MSSS, 2015; 2018). Bien que le processus d'accès aux soins soit complexe pour les familles, notamment parce qu'elles n'ont pas de liens directs avec les équipes PPEP, les proches jouent un rôle crucial dans la recherche d'aide et l'initiation du traitement pour les jeunes vivant un PEP (MacDonald et coll. 2021). Elles sont d'ailleurs à l'origine de 30 à 50 % des demandes d'aide (O'Callaghan et coll., 2010).

Au Québec, le PASM 2015-2020 et le cadre de référence PPEP (2018) reconnaissent le rôle déterminant des proches comme partenaires essentiels au processus de rétablissement de la personne, la nécessité de les impliquer dans les interventions et de les soutenir dans leur rôle (MSSS, 2015; 2018). Le cadre PPEP recommande d'ailleurs que les références proviennent directement des proches, court-circuitant ainsi le processus habituel de demande de services. Les proches pourraient donc accélérer la prise en charge et contribuer à réduire la durée de la psychose non traitée, ce qui correspond à l'une des principales missions des PPEP. Mais dans les faits, il demeure difficile, voire impossible pour les familles de procéder de cette façon, une référence médicale étant nécessaire pour obtenir des services, ce qui complexifie les procédures administratives pour y accéder (Davis, 2014).

L'intervention familiale lors d'un PEP apparaît indispensable pour offrir aux familles les outils nécessaires à l'accompagnement et au soutien du jeune. La CSMC (2019) encourage les établissements à mobiliser les proches sur 3 plans: 1) la prévention, le diagnostic et le traitement; 2) la planification, la prestation et l'évaluation des soins; 3) l'élaboration, la mise en œuvre et l'évaluation des politiques et des programmes. Leur implication à ces différents niveaux serait associée à une réduction des rechutes (Camacho-Gomez et Castellvi, 2020), à une meilleure adhésion au traitement médicamenteux (Leclerc et coll., 2015) et à des taux plus faibles de désengagement des services (Iyer et coll., 2020). Malgré cela, l'intervention familiale est très peu appliquée dans les pratiques des professionnels (Davis, 2014). Plusieurs raisons expliquent cette sous-utilisation: l'orientation individualiste des services en santé mentale qui conçoit la personne atteinte comme étant «le client» plutôt que la famille (Whitley et Lawson, 2010), les préjugés voulant que la famille soit à l'origine du trouble mental et que l'implication des proches aille à contre-courant de l'autonomisation des jeunes (Davis, 2014), et l'application plutôt rigide et parfois inexacte des lois et des politiques visant le respect de la confidentialité et la

protection de la vie privée des jeunes (CSMC, 2019). Une enquête récente menée au Québec révèle que seulement la moitié des PPEP offrent des interventions familiales plus structurées. Et lorsqu'elles sont proposées, l'adhésion des familles semble faible, ce qui suggère qu'elles devraient être mieux adaptées aux besoins des familles (Iyer et coll., 2020). Par exemple, les contraintes familiales et professionnelles (horaires), les problèmes de transport, les barrières linguistiques, les différences culturelles et les valeurs et croyances associées à la santé et à la maladie peuvent influencer le niveau d'engagement des familles dans les interventions familiales (Hawley et Morris, 2017 ; Iyer et coll., 2020). Être attentif à ces aspects et proposer une offre de services adaptée aux réalités des familles pourrait favoriser le développement des interventions familiales dans les programmes PPEP.

Les principales approches en intervention familiale

Historiquement, les familles de personnes atteintes d'une psychose étaient perçues comme un élément nuisible au traitement, voire comme la cause de leur maladie. Les professionnels mettaient les familles à l'écart du processus thérapeutique ou les impliquaient peu dans l'intervention. Les dynamiques conjugales, les interactions familiales fermées sur l'extérieur ou les modes de communication familiale « pathologiques » étaient alors ciblés comme responsables du développement de la psychose (Morin et St-Onge, 2019). Si ces croyances ont largement contribué à stigmatiser les familles, elles ont en contrepartie participé au développement des « thérapies familiales³ ». Des interventions regroupées sous le vocable « d'approches familiales » sont venues modifier les perceptions à l'égard des familles, reconnaissant leur contribution positive au rétablissement de la personne atteinte. Développées au tournant des années 80, à partir des travaux menés par Anderson, Reiss et Hogarty (1986) Vaughn et Leff (1976), Falloon, Boyd et McGill (1984) de même que Tarrier, Barrowclough et Vaughn

-
3. Villeneuve (2006) distingue l'intervention familiale et la thérapie familiale en préconisant l'emploi des expressions « interventions familiales » ou « travail familial » qui mettent en évidence la diversité des interventions et le travail systémique sous-jacent à l'intervention auprès des familles (Villeneuve, 2016). Notons que depuis l'adoption de la Loi 21 (2012), la thérapie familiale est réservée aux thérapeutes conjugaux et familiaux formés pour ce type d'intervention plus spécialisée. D'ailleurs, peu de familles engagées dans un rôle de soutien nécessitent une thérapie familiale (Mottaghipour et Bickerton, 2005).

(1988), elles se déclinent selon 3 principales approches : l'approche psychoéducatrice⁴, l'approche de modification du comportement familial et l'approche éducative. L'objectif de ces approches n'est plus de « corriger une dynamique familiale pathologique », mais plutôt d'aider les familles à mieux accompagner la personne vivant avec un trouble mental. Ces approches demeurent des repères incontournables qui doivent être utilisés de manière complémentaire dans l'intervention auprès des familles lors d'un PEP.

L'approche psychoéducatrice : Pour fournir toute l'information nécessaire à l'exercice du rôle de soutien par les familles

L'approche psychoéducatrice (Anderson et coll., 1986) repose sur le modèle vulnérabilité-stress (Zubin et Spring, 1977) et prend racine dans le modèle biopsychosocial qui tient compte du contexte psychosocial dans lequel survient un trouble mental et de l'influence réciproque des facteurs biologiques, psychologiques et sociaux (Pereira et Edward, 2006). L'approche psychoéducatrice considère l'intensité des émotions vécues au sein de la famille comme une source de stress pour la personne atteinte, qui devient plus à risque d'observer une augmentation des manifestations de son trouble. Fondées sur le concept d'émotions exprimées (EE) (Vaughn et Leff, 1976), les interventions basées sur cette approche ont pour principal objectif de réduire le niveau de stress, en transmettant de l'information aux familles concernant le trouble et ses traitements (Stafford et coll., 2013). Initialement développée pour les familles présentant une forte intensité émotionnelle, et tenant compte que le degré, les types d'EE et leurs impacts peuvent varier selon les cultures (Bhugra et MacKenzie, 2018), cette approche a ensuite été élargie à l'ensemble des familles.

Actuellement, l'approche psychoéducatrice visant l'acquisition de connaissances sur le trouble mental par l'éducation psychologique aux familles est une composante essentielle des PPEP. Elle permet de

4. Les changements apportés au code des professions à la suite de l'adoption de la Loi 21 (2012) réservent maintenant le terme psychoéducation aux psychoéducateurs membres de leur ordre professionnel. Depuis 2013, l'expression « éducation psychologique » doit être utilisée pour référer à cette approche dans les pratiques en santé mentale (OPQ, 2013). Dans cet article, nous utilisons les deux termes : « psychoéducation » pour être cohérents avec les fondements historiques de cette approche et « éducation psychologique » pour référer à l'utilisation actuelle de cette approche en intervention précoce.

mieux gérer le stress intrafamilial causé par l'émergence du PEP ce qui est bénéfique tant pour la personne atteinte que pour sa famille (diminution du taux de rechutes, d'hospitalisations et d'intensité des symptômes; amélioration du fonctionnement social de la personne atteinte; diminution de la détresse, du fardeau et de l'isolement des proches; amélioration des dynamiques familiales, etc.) (Sin et Norman, 2013). Le modèle psychoéducatif s'est imposé comme mode d'intervention privilégiée auprès des familles en santé mentale, sa principale force reposant sur les appuis empiriques qui soutiennent son efficacité (Falloon, 2005; Hazel et coll., 2004; Morin et St-Onge, 2017). La pertinence de ce type d'intervention a aussi été démontrée dans des PPEP bien établis dans plusieurs pays anglo-saxons (Gleeson et coll., 2013; Krebs, 2019; Penn et coll., 2005). Au Québec et dans la francophonie, le réseau Transition⁵ promeut l'intervention précoce à l'échelle nationale et internationale (Krebs, 2019). Bien que l'éducation psychologique auprès des familles puisse se faire en pratique individuelle, la modalité recommandée est celle de l'intervention de groupe qui vise la transmission d'informations sur le trouble psychotique et son traitement, sans toutefois favoriser l'entraide ou le soutien mutuels, qui correspondent plutôt à des objectifs de l'approche éducative.

L'approche de modification du comportement familial : Pour travailler les stratégies d'adaptation des familles

En continuité avec l'approche psychoéducative, l'approche comportementale est conçue pour modifier l'environnement familial de la personne atteinte (Falloon et coll., 1984). Elle vise essentiellement le changement d'attitudes et le développement des capacités d'adaptation des familles, notamment en travaillant leurs croyances et comportements (Ma et coll., 2018). Cette approche, tout en ayant une visée éducative, aborde plus spécifiquement «le comment faire», en guidant les familles par rapport au développement de leurs habiletés de communication, de résolution de problèmes et de stratégies d'adaptation. S'échelonnant à l'origine sur une période de 9 à 12 mois, l'approche

5. Le réseau Transition est l'un des membres fondateurs de la branche francophone de l'*International Early Psychosis Association* (IEPA). Il met de l'avant les approches ayant démontré leur efficacité dans le champ de la psychose débutive, comme la psychoéducation spécifique pour les jeunes et leurs parents (Krebs, 2019).

comportementale est basée sur une intervention structurée en 5 principales étapes qui visent : 1) l'évaluation des besoins, des difficultés et des forces du système familial ; 2) l'éducation concernant le trouble mental ; 3) l'entraînement aux habiletés de communication ; 4) l'apprentissage de techniques de résolution de problèmes ; 5) l'application de stratégies de résolution de problèmes (Falloon et coll., 1984). Cette approche, implantée dans les premiers PPEP dans les années 1990, était surtout utilisée dans le suivi individuel effectué auprès des familles, offert après leur participation à l'intervention de groupe basée sur l'approche psychoéducative. Ayant toujours sa raison d'être, elle devrait désormais être utilisée dans le cadre du suivi offert aux familles par le *case manager*⁶ ou le spécialiste en approches familiales⁷ dans les PPEP. Cette approche peut aussi être offerte sous forme de groupes multifamiliaux qui regroupent 5 à 8 familles et qui visent à élargir le réseau de soutien, à briser l'isolement social et à encourager le partage de stratégies d'adaptation dans un climat d'échanges et de respect qui favorise l'entraide mutuelle (McFarlane, 1994). Les groupes multifamiliaux sont actuellement peu utilisés dans les PPEP, notamment parce qu'ils nécessitent un investissement de temps et d'énergie important tant pour les équipes que pour les familles, et parce que cette modalité est peu connue et disséminée dans les pratiques québécoises (Hazel et coll., 2004).

Si l'approche de modification du comportement permet de répondre à plusieurs besoins spécifiques des familles (amélioration de l'exercice du rôle parental, de la communication et de l'organisation intrafamiliales, etc.), elle apparaît toutefois moins pertinente pour celles qui partagent peu le quotidien avec la personne atteinte (Ma et coll., 2018). Dans ces cas, les approches psychoéducatives pourraient être suffisantes.

L'approche éducative : Le soutien « Par et Pour » les familles

De manière complémentaire à l'approche psychoéducative s'est développée l'approche éducative qui vise à répondre au besoin de soutien exprimé par les familles. Les interventions basées sur cette approche sont principalement offertes par le milieu communautaire et s'appuient

6. Le rôle du *case manager* peut être assumé par différents professionnels provenant de diverses disciplines (travailleurs sociaux, psychologues, ergothérapeutes, infirmiers, etc.).

7. Le Cadre de référence PPEP (MSSS, 2018) précise qu'un spécialiste en approches familiales et cognitives comportementales devrait faire partie de chaque équipe PPEP.

sur des connaissances scientifiques reconnues et sur le savoir expérientiel des intervenants en santé mentale et des membres de l'entourage des personnes atteintes (Morin et St-Onge, 2019). Ces interventions prennent généralement la forme de groupes d'entraide, d'échanges et de soutien qui mettent l'accent sur les stratégies d'adaptation et sur le bien-être des familles. Ils permettent une normalisation du vécu des familles, une diminution de l'isolement social et offrent une occasion d'apprendre de l'expérience des autres (Leclerc et Thérien, 2012). C'est le mouvement associatif des familles, développé au Québec au milieu des années 80, qui a contribué à l'émergence de l'approche éducative, notamment par la création de groupes d'entraide qui ont permis aux familles de prendre conscience de leurs forces, de militer pour la reconnaissance de leur rôle dans les pratiques en santé mentale et de contrecarrer la tendance à leur faire porter la responsabilité du trouble mental. L'approche éducative s'inscrit donc dans le courant « Par et Pour » et met l'accent sur la réponse aux besoins des familles et leur adaptation à la situation. Plus récemment, le soutien mutuel offert par des personnes ayant traversé des expériences similaires et qui sont formées comme pairs aidants famille (PAF), commence à être reconnu comme une pratique permettant de réduire les sentiments d'impuissance et d'anxiété vécus par les familles et d'amorcer un sentiment d'espoir essentiel au processus de rétablissement (Briand et coll., 2016). Répondant à un objectif différent de celui de l'intervention familiale offerte par les PPEP, soit la réponse au besoin de soutien des familles plutôt que la diminution du risque de rechutes (Camacho-Gomez et Castellvi, 2020; Morin et St-Onge, 2019), l'approche éducative doit s'inscrire en complémentarité et en continuité avec le soutien offert par les équipes PEP. Cette complémentarité peut prendre différentes formes, mais doit reposer sur l'établissement d'un lien de collaboration entre l'association de familles (membre du Réseau avant de Craquer⁸) et le PPEP d'une même région. Une fois ces liens établis, la complémentarité peut prendre différentes formes : référence systématique des familles suivies par les PPEP vers les organismes communautaires, partage d'informations sur les services offerts de part et d'autre, invitation

8. Le Réseau avant de Craquer (RAC) est un réseau d'organismes communautaires voués au mieux-être de l'entourage d'une personne atteinte d'un trouble mental. Le RAC compte une quarantaine d'associations-membres accréditées, réparties dans toutes les régions du Québec et qui ont le mandat provincial de répondre au besoin de soutien des familles.

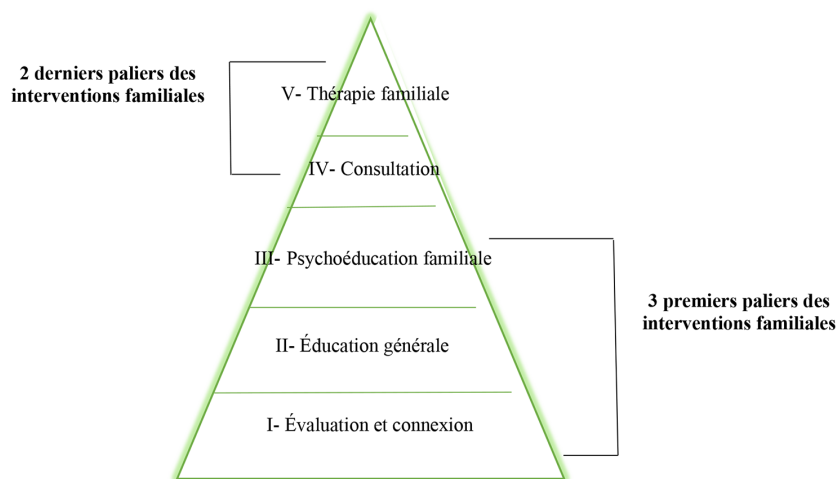
des intervenants des PPEP à participer aux activités de l'organisme (et vice-versa) et coanimation de groupes d'éducation psychologique par des intervenants des deux services.

Les approches psychoéducatives et comportementales demeurent majoritairement répandues et utilisées auprès des familles de personnes atteintes de troubles mentaux; leurs forces reposant sur leur conceptualisation claire, leurs objectifs concrets et leur déploiement en phases permettant un suivi au long cours auprès des familles (Morin et St-Onge, 2019). Trop peu de recherches ont par ailleurs été réalisées pour évaluer l'efficacité des approches éducatives en sol québécois.

La pyramide des soins familiaux : Un repère pour structurer l'intervention familiale

Mottaghipour et Bickerton (2005) ont proposé une pyramide des soins familiaux qui présente 5 niveaux hiérarchiques d'intervention (figure 1). Bien que ce modèle ait été développé pour favoriser l'implication des familles dans les services généraux en santé mentale, cette pyramide constitue un repère pertinent en intervention précoce, permettant d'ordonner les 3 approches présentées préalablement et de les placer dans un modèle simple à comprendre et à implanter dans les PPEP. Les niveaux d'interventions présentés dans cette pyramide ont d'ailleurs des objectifs complémentaires et cohérents avec les approches familiales. Les 3 premiers paliers correspondent aux interventions familiales « minimales » qui doivent être proposées aux familles par les PPEP. Ces 3 niveaux visent à : 1) individualiser la prise en charge des familles et créer un climat collaboratif entre l'équipe de soins, le jeune et ses proches; 2) permettre aux familles d'acquérir un niveau de connaissances suffisant concernant le trouble mental ainsi qu'un répertoire de compétences nécessaires pour faire face à la situation; 3) permettre aux familles de comprendre leur rôle de soutien et de reconnaître leur besoin d'aide; 4) connecter les familles entre elles et avec les organismes et associations de soutien aux familles. Les 2 derniers niveaux sont offerts lorsque le lien de collaboration entre l'équipe de soins est dans une impasse quand la famille présente toujours une détresse importante malgré les interventions ou lorsque des dynamiques familiales demeurent complexes (Mottaghipour et Bickerton, 2005).

FIGURE 1

Pyramide des soins familiaux

(adaptée selon le modèle de Mottaghipour et Bickerton, 2005)

Une étude réalisée à Montréal a par ailleurs montré qu'un simple indicateur de l'implication des familles — le nombre de mois pendant lesquels l'équipe clinique est en contact avec les familles (niveau I) — permet de prédire si les jeunes risquent de se désengager avant d'avoir complété leur programme (Iyer et coll. 2020). Ainsi, au-delà des interventions réalisées « uniquement » aux premiers paliers de la pyramide, il est recommandé que les équipes maintiennent un contact régulier avec les familles tout au long de leurs interventions.

L'état des pratiques actuelles auprès des familles en intervention précoce

Le *case management* (CM)⁹ fait maintenant partie intégrante des PPEP. En intervention précoce, cette approche permet de maintenir l'engagement dans l'intervention grâce au développement d'un lien de confiance entre les professionnels, le jeune et ses proches, d'anticiper

9. Selon le *National Case Management Network of Canada* (2009), le CM se définit comme une approche collaborative utilisée pour évaluer, planifier, faciliter et coordonner les soins afin de répondre le plus efficacement possible aux besoins du jeune atteint et de ses proches.

les périodes de crise et de mieux les gérer, notamment en assurant un suivi régulier avec les membres de l'entourage (De Boer et coll., 2019). Le *Early Psychosis Prevention and Intervention Centre* (EPPIC, 2001) suggère quelques stratégies pour faciliter le travail avec les familles dans le cadre de l'approche CM, soit : 1) initier un contact avec la famille dans les 48 heures suivant la première rencontre d'évaluation avec le jeune afin de lui offrir rapidement le soutien et l'information dont elle a besoin ; 2) identifier, dès le premier entretien, son niveau de compréhension de la situation et ses besoins actuels ; 3) l'impliquer, dans la mesure du possible, dans les rencontres en cours de traitement, notamment pour les bilans d'évolution ; 4) lui offrir du soutien et un accompagnement dès le début de la prise en charge et de manière continue. Rappelons que ce travail avec les familles doit cependant s'effectuer sur un mode collaboratif afin de répondre aux besoins spécifiques de chacune d'elles (Morin et St-Onge, 2016, 2019). L'établissement d'une « double alliance thérapeutique » avec le jeune et sa famille peut toutefois entraîner des enjeux relationnels pour le *case manager* (Conus et coll., 2010 ; De Boer et coll., 2019 ; EPPIC, 2001).

S'il est désormais avéré que le soutien exercé par les proches, de même que la collaboration entre les membres de l'entourage et les professionnels jouent un rôle déterminant dans le rétablissement du jeune (CSMC, 2019 ; Galletly et coll. 2016 ; Morin et St-Onge, 2017 ; MSSS, 2015 ; Rey et coll., 2019 ; Stafford et coll. 2013), des efforts supplémentaires semblent nécessaires pour adapter l'implication des familles dans les PPEP. Par exemple, il est essentiel de tenir compte des structures, des rôles et des valeurs familiales, qui varient selon les groupes et les contextes culturels. Cette sensibilité est d'autant plus importante, qu'au Québec, les PPEP accueillent un nombre croissant de jeunes issus de divers milieux culturels. Il est d'ailleurs reconnu que les interventions familiales culturellement adaptées se révèlent davantage efficaces auprès de ces familles (Iyer et coll., 2020 ; Jarvis et coll., 2020 ; Nadeau et coll., 2020).

Le partage d'informations et le respect de la confidentialité : Un enjeu crucial dans l'intervention auprès des familles

Pour pouvoir exercer adéquatement leur rôle dans le processus de rétablissement, les familles doivent recevoir toute l'information nécessaire. Du point de vue des professionnels, il est souvent difficile de concilier la confidentialité des informations concernant le jeune avec

le besoin d'informations des familles. Le respect de la confidentialité est accentué par le contexte légal dans lequel il s'inscrit. En vertu de la Charte des droits et libertés de la personne, qui a préséance sur toutes les lois, le consentement de la personne est nécessaire à toute intervention la concernant, ce qui s'applique aussi aux communications avec les proches. C'est souvent dans ce contexte que les équipes traitantes tendent à adopter une approche essentiellement legaliste, considérant qu'il leur est impossible de communiquer, même de façon minimale, avec les membres de l'entourage.

Si une grande partie de l'intervention initiale doit être consacrée à l'établissement d'un lien de confiance avec l'équipe de soins et que plusieurs mois peuvent s'écouler avant que le jeune n'accepte de se confier sur ses difficultés (Conus et coll., 2010), il est légitime pour les professionnels de vouloir préserver ce lien de confiance. Tout en reconnaissant que les proches sont des partenaires essentiels (EPPIC, 2001; MSSS, 2015; Rey et coll., 2019), certains professionnels craignent que le partage d'informations concernant le jeune brise leur lien de confiance et les expose à des poursuites judiciaires (Galletly et coll. 2016). Ils refusent alors de transmettre de l'information aux proches, en s'appuyant sur leur obligation de respecter le secret professionnel et la confidentialité de son dossier (Galvao, 2012). Pourtant, le partage d'informations est une composante essentielle des pratiques cliniques fondées sur le principe de collaboration (Galvao, 2012; Morin et St-Onge, 2016; 2019). Cette collaboration implique une réciprocité dans les échanges d'informations et un partage de pouvoir et de responsabilités. Or, la confidentialité apparaît souvent comme un obstacle important à cette réciprocité (Galvao, 2012; Morin et St-Onge, 2016; 2019). Si les familles fournissent des renseignements précieux aux équipes de soins, elles rapportent ne pas recevoir en retour toute l'information nécessaire pour pouvoir exercer adéquatement leur rôle de soutien auprès du jeune atteint. Celles-ci déplorent tout particulièrement le manque d'informations concernant le diagnostic et l'évolution de l'état de santé du jeune atteint de même que l'absence de conseils qui pourraient les aider à mieux interagir avec celui-ci (Davis, 2014). Pour éclairer cette situation complexe et identifier des solutions concrètes pouvant être appliquées par les PPEP, une recherche qualitative sur le thème du partage d'informations et de la confidentialité dans les pratiques en santé mentale est actuellement menée par Morin et ses collaborateurs (2019-2021) avec l'apport d'un comité consultatif composé d'acteurs directement concernés par cet enjeu (pair aidant, paire aidante famille, professionnels PPEP et éthicien).

L'étude vise à formuler des recommandations concrètes répondant aux questions suivantes : De quelles informations les familles ont-elles besoin pour assurer leur rôle de soutien ? Quelle est la « meilleure » manière d'obtenir le consentement à la participation des proches ? Quelle forme (verbale ou écrite) devrait prendre ce consentement ?

Conclusion

Le développement des interventions familiales et la reconnaissance de la contribution des familles en intervention précoce comportent encore à ce jour des défis. Bien que les approches familiales aient démontré leur efficacité, des moyens doivent être mis en place pour soutenir leur implantation dans les PPEP. Comme le contexte d'un PEP nécessite l'implication rapide des familles, le rôle du *case manager* ou du spécialiste en approches familiales est essentiel pour établir une alliance thérapeutique avec les familles, dès l'entrée dans le programme et tout au long du suivi. Une fois l'alliance établie, il faut s'assurer d'offrir les services essentiels, correspondant aux 3 premiers paliers de la pyramide des soins familiaux (Mottaghipour et Bickerton, 2005), via les approches psychoéducatives et de modification du comportement familial. Pour encadrer la pratique auprès des familles, l'idée d'un plan d'implication des familles serait à explorer dans les pratiques auprès des proches aidants¹⁰. L'établissement de liens de collaboration avec les organismes communautaires dédiés au soutien familial s'avère également essentiel dans un esprit de complémentarité et de continuité avec les services offerts par les PPEP. Le recours à ces organismes permet d'assurer une réponse supplémentaire aux besoins des familles en prenant appui sur l'approche éducative. De plus, ces services permettent d'offrir une transition plus fluide aux familles et un soutien une fois l'épisode de soins dans le PPEP terminé. L'intégration des PAF constitue également une manière tangible de poursuivre le développement de pratiques familiales. Bien qu'il existe peu de littérature concernant l'évaluation de ces services (Briand et coll., 2016 ; Levasseur et coll., 2019), les PAF permettraient d'améliorer les pratiques d'intervention familiale actuelles, en donnant une

10. American Psychiatric Association (2015). APA Resource Document, Resource Document on Interacting with Caregivers. Repéré à <https://www.psychiatry.org/psychiatrists/search-directories-databases/library-and-archive/resource-documents>

plus grande place au savoir expérientiel des familles. Par ailleurs, le développement des compétences des professionnels passe par l'accès à de la formation continue et à de la supervision clinique. La création de communautés de pratiques est à privilégier particulièrement pour les *case manager* et les spécialistes en intervention familiale, afin de soutenir les professionnels dans le déploiement des approches familiales dans les PPEP. Enfin, l'intégration des personnes directement concernées (utilisateurs de services, familles, cliniciens) dans des lieux où l'organisation des soins et des services en intervention précoce est réfléchi (milieux cliniques, de l'enseignement et de la recherche) constitue un moyen concret pour s'assurer que leur voix soit entendue et que les services développés et implantés correspondent bien à leurs besoins.

RÉFÉRENCES

- Anderson, C. M., Reiss, D. J. et Hogarty, G. E. (1986). *Schizophrenia and the family: a practitioner's guide to psychoeducation and management*. Guilford Press.
- Atkinson, J. M. et Coia, D. A. (1995). *Families coping with schizophrenia. A practitioner's guide to family groups*. John Wiley & Sons Ltd.
- Attal, J. et Lecardeur, L. (2019). Comment délivrer les informations aux jeunes et à leurs proches. In L. Lecardeur (Ed.), *Troubles psychotiques: protocoles d'intervention précoce. Le guide du clinicien* (p. 114-124). Elsevier Masson.
- Bantman, P. (2020). Le travail avec la famille lors d'un premier épisode psychotique. *Perspectives Psy*, 1(59), 10-16.
- Browne, J., Sanders, A. S., Friedman-Yakoobian, M., Guyer, M., Keshavan, M., Kim, B. et Kline, E. (2020). Implementation case study: Multifamily group intervention in first-episode psychosis programs. *Early Intervention in Psychiatry*, n/a(n/a). doi: <https://doi.org/10.1111/eip.13066>
- Briand, C., St-Paul, R.-A. et Dubé, F. (2016). Mettre à contribution le vécu expérientiel des familles: l'initiative Pair Aidant Famille. *Revue santé mentale au Québec*, 41(2), 177-195.
- Camacho-Gomez, M. et Castellvi, P. (2020). Effectiveness of family intervention for preventing relapse in first-episode psychosis until 24 months of follow-up: a systematic review with meta-analysis of randomized controlled trials. *Schizophrenia Bulletin*, 46(1), 98-109.
- Commission de la santé mentale du Canada. (2019). *Guide des pratiques prometteuses: Mobiliser les proches aidants dans les services de santé mentale et des dépendances au Canada*. Commission de la santé mentale du Canada.
- Conus, P., Lambert, M., Cotton, S., Bonsack, C., McGorry, P. D. et Schimmelmann, B. G. (2010). Rate and predictors of service disengagement in an epidemiological first-episode psychosis cohort. *Schizophrenia Research*, 118(1-3), 256-263.

- Cotton, S. M., Filia, K. M., Ratheesh, A., Pennell, K., Goldstone, S. et McGorry, P. D. (2016). Early psychosis research at Orygen, The National Centre of Excellence in Youth Mental Health. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 51(1), 1-13.
- Davis, S. (2014). Practitioners, clients and family members. In Davis, S. (Ed.), *Community mental health in Canada. Theory, policy, practice* (p. 136-174). UBC Press.
- De Boer, E., Consack, C. et Conus, P. (2019). Comment mettre en place le *case management* et le suivi intensif lors des phases précoces? In L. Lecardeur (Ed.), *Troubles psychotiques: protocoles d'intervention précoce. Le guide du clinicien* (p. 183-196). Elsevier Masson.
- Early Psychosis Prevention and Intervention Centre (EPPIC) (2001). Case management in early psychosis: a handbook. EPPIC.
- Falloon, I. R. H. (2005). Research on family interventions for mental disorders: problems and perspectives. In N. Sartorius, J. Leff, J. J. Lopez-Ibor, M. Maj et A. Okasha (Eds.), *Families and mental disorders: from burden to empowerment* (p. 235-257). John Wiley & Sons Ltd.
- Falloon, I. R. H., Boyd, J. L. et McGill, C. W. (1984). *Family care of schizophrenia: a problem-solving approach to the treatment of mental illness*. Guilford Press.
- Galletly C., Castle D., Dark F., Humberstone V., Jablensky A., Killackey E., ..., Tran N. (2016). Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists clinical practice guidelines for the management of schizophrenia and related disorders. *The Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 50(5), 410-472.
- Galvao, S. (2012). Les enjeux liés à la confidentialité dans la pratique du travail social en milieu d'urgence hospitalière. Mémoire de Maîtrise, Faculté des lettres et sciences humaines, Université de Sherbrooke.
- Gleeson, J. F., Cotton, S. M., Alvarez-Jimenez, M., Wade, D., Gee, D., Crisp, K. et McGorry, P. D. (2013). A randomized controlled trial of relapse prevention therapy for first-episode psychosis patients: Outcome at 30-month follow-up. *Schizophrenia Bulletin*, 39(2), 436-448.
- Haahr, U. H., Jansen, J. E., Lyse Nielsen, H.-G., Pedersen, M. B., Trauelsen, A. M., Bachmann Østergaard, L. et Simonsen, E. Multi-family group and single-family intervention in first-episode psychosis: A prospective, quasi-experimental cohort study. *Early Intervention in Psychiatry*, n/a(n/a). doi: <https://doi.org/10.1111/eip.13047>
- Hawley, Sarah T. et Morris, Arden M. (2017). Cultural challenges to engaging patients in shared decision-making. *Patient Education and Counseling*, 100(1), 18-24
- Hazel, N. A., McDonnell, M. G., Short, R. A., Berry, C. M., Voss, W. D., Rodgers, M. L. et D. G. Dyck (2004). Impact of multifamily groups for outpatients with schizophrenia on caregivers' distress and resources. *Psychiatric Services*, 55(1), 35-41.
- Higgins, J. P. T. et Green, S. (2008). *Cochrane handbook for systematic reviews of interventions*. Wiley-Blackwell.
- Iyer, S. N., Ashok, M., Aarati, T., Anika, M., Greeshma, M., Padmavati, R. et Rangaswamy, T. (2020). Context and contact: a comparison of patient and

- family engagement with early intervention services for psychosis in India and Canada. *Psychological Medicine*, 28, 1-10.
- Jansen, J. E., Gleeson, J. et Cotton, S. (2015). Towards a better understanding of caregiver distress in early psychosis: a systematic review of the psychological factors involved. *Clinical Psychology Review*, 35, 56-66.
- Jarvis, G. E., Iyer, S. N., Andermann, L. et Fung, K. P. (2020). Culture and psychosis in clinical practice. In J. Badcock et G. Paulik (Eds.). *A Clinical Introduction to Psychosis* (p. 85-112). Academic Press.
- Krebs, M.-O. (2019). Le réseau Transition: une initiative nationale pour promouvoir l'intervention précoce des psychoses débutantes chez l'adolescent et l'adulte jeune. *L'Information psychiatrique*, 8(95), 667-671.
- Leclerc, C. et Thérien, P. (2012). Les interventions destinées aux proches des personnes souffrant de troubles mentaux. In T. Lecomte et C. Leclerc (Eds.), *Manuel de réadaptation psychiatrique* (pp. 209-224). Presses de l'Université du Québec.
- Leclerc, E., Noto, C., Bressan, R.bA. et Brietzke, E. (2015). Determinants of adherence to treatment in first-episode psychosis: a comprehensive review. *Brazilian Journal of Psychiatry*, 37(2), 168-176.
- Levasseur, M.bA., Ferrari, M., McIlwaine, S. et Iyer, S.bN. (2019). Peer-driven family support services in the context of first-episode psychosis: Participant perceptions from a Canadian early intervention programme. *Early Intervention in Psychiatry*, 13(2), 335-34.
- MacDonald, K., Ferrari, M., Fainman-Adelman, N. et Iyer, S.bN. (2021). Experience of pathways to mental health services for young people and their carers: a qualitative meta-synthesis review. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 56(3), 339-361.
- Ma, C.bF., Chien, W.bT. et Bressington, D.bT. (2018). Family intervention for caregivers of people with recent-onset psychosis: A systematic review and meta-analysis. *Early Intervention in Psychiatrie*, 12(4), 535-560.
- McFarlane, W. R. (1994). Multiple-family groups and psychoeducation in the treatment of schizophrenia. In A. B. Hatfield (Ed.), *Family Intervention in Mental Illness*. Jossey-Bass.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2018). Cadre de référence Programmes d'interventions pour premiers épisodes psychotiques (PPEP). Gouvernement du Québec.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2015). Plan d'action en santé mentale 2015-2020: Faire ensemble autrement. Gouvernement du Québec.
- Morin, M.-H. et St-Onge, M. (2019). L'intervention familiale dans la pratique du travail social en santé mentale. In C. Bergeron-Leclerc, M.-H. Morin et B. Dallaire (Eds.). *La Pratique du Travail social en Santé mentale: Apprendre, Comprendre, S'engager* (p. 162-186). Presses de l'Université du Québec.
- Morin, M.-H. et St-Onge, M. (2017). Factors predicting parent's adaptation when supporting their young adult during a first-episode psychosis. *Early Intervention in Psychiatry*, 11(6), 488-497.
- Morin, M.-H. et St-Onge, M. (2016). La collaboration entre les parents et les travailleuses sociales œuvrant dans une clinique spécialisée pour les premières

- psychoses: Une voie prometteuse pour établir un réel partenariat. *Revue canadienne de service social/Canadian Social Work Review*, 33(2), 229-254.
- Mottaghipour, Y. et Bickerton, A. (2005). The pyramid of family care: a framework for family involvement with adult mental health services. *Australian Journal for the Advancement of Mental Health*, 4(3), 1-8.
- Nadeau, L., Johnson-Lafleur, J., Jaimes, A. et Bolduc, E. (2020). L'engagement dans les soins en collaboration en santé mentale jeunesse pour les familles migrantes: des lieux cliniques ancrés dans leurs contextes institutionnel et sociopolitique. *Santé mentale au Québec*, 45(2), 19-38.
- National Case Management Network of Canada. *Canadian standards of practice in case management*. National Case Management Network of Canada, 2009.
- O'Callaghan, E., Turner, N., Renwick, L., Jackson, D., Sutton, M., Foley, S. et Kinsella, A. (2010). First episode psychosis and the trail to secondary care: help-seeking and health-system delays. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 45(3), 381-391.
- Oluwoye, O., Kriegel, L., Alcover, K. C., Compton, M. T., Cabassa, L. J. et McDonell, M. G. (2020). The impact of early family contact on quality of life among non-Hispanic Blacks and Whites in the RAISE-ETP trial. *Schizophrenia Research*, 216, 523-525.
- Office des professions du Québec. (2013). Le projet de loi no 21. Des compétences professionnelles partagées en santé mentale et en relations humaines: la personne au premier plan. Loi modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé mentale et des relations humaines. Guide explicatif. Éditeur officiel du Québec.
- Penn, D. L., Waldheter, E. J., Perkins, D. O., Mueser, K. T. et Lieberman, J. A. (2005). Psychosocial Treatment for First-Episode Psychosis: A Research Update. *American Journal of Psychiatry*, 162(12), 2220-2232.
- Pereira, M. G. et Edward, T. (2006). Evolution of the biopsychosocial model in the practice of family therapy. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 6(2), 455-467.
- Rey, R., Lourioux, C. et d'Amato, T. (2019). Comment aider les proches? In L. Lecardeur (Ed.) *Troubles psychotiques: protocoles d'intervention précoce. Le guide du clinicien* (pp. 155-164). Elsevier Masson.
- Sin, J. et Norman, I. (2013). Psychoeducational interventions for family members of people with schizophrenia: a mixed-method systematic review. *Journal of clinical Psychiatry*, 74(12), e1145-1162.
- Valladier, E., Willard, D., Romo, L., Hodé, Y. et Morvan, Y. (2018). Depression in relatives of patients with schizophrenia: 8-month longitudinal outcome of ProFamille Program. *L'Encéphale*, 44(2), 128-133.
- Whitley, R. et Lawson, W. B. (2010). The psychiatric rehabilitation of African-Americans with severe mental illness. *Psychiatric Services*, 61(5), 508-511.

La réinsertion professionnelle et le retour aux études chez les personnes en début d'évolution d'un trouble psychotique

William Pothier^a

Tania Lecomte^b

Caroline Cellard^c

Cynthia Delfosse^d

Stéphane Fortier^e

Marc Corbière^f

RÉSUMÉ Introduction La réinsertion socioprofessionnelle est un objectif régulièrement mis de l'avant par les personnes en début d'évolution d'un trouble psychotique. Malgré tout, les taux d'emploi sont faibles chez cette population et des taux de décrochages scolaires élevés subsistent.

-
- a. Ph. D. Psychologue/neuropsychologue, Institut universitaire en santé mentale de Québec (IUSMQ), CIUSSS de la Capitale-Nationale, Québec.
 - b. Ph. D. Professeure titulaire, Département de psychologie de l'Université de Montréal; Chercheure, Centre de recherche de l'Institut universitaire en santé mentale de Montréal (CR-IUSMM).
 - c. Ph. D. Professeure agrégée, École de psychologie de l'Université Laval; Chercheure, Centre de recherche CERVO; Titulaire de la Chaire Richelieu de recherche sur la jeunesse, l'enfance et la famille. Québec.
 - d. Chef de service Connec-t, STRP et pédopsychiatrie, Direction des programmes Santé mentale, Dépendance et Itinérance du CIUSSS de l'Est-de-l'Île-de-Montréal.
 - e. Coordonnateur du Pavois Sainte-Foy et au soutien aux études, Sainte-Foy.
 - f. Ph. D. Professeur titulaire, Département d'éducation et pédagogie - Counseling de carrière, Université du Québec à Montréal (UQAM); Chercheur, CR-IUSMM; Titulaire de la Chaire de recherche en santé mentale et travail, Fondation de l'IUSMM, Montréal.

Objectifs et méthode. Cette synthèse des écrits scientifiques basée sur les méta-analyses et études récentes vise à faire le point sur les éléments déterminants de la réinsertion professionnelle et du retour aux études pour des personnes en début d'évolution d'un trouble psychotique. Les obstacles et les facilitateurs à la réinsertion socioprofessionnelle, les programmes étudiés, notamment les programmes de soutien à l'emploi et aux études, et les interventions complémentaires aux programmes de soutien sont présentés. De plus, les concepts clés sont illustrés par l'utilisation de vignettes cliniques chez cette clientèle.

Résultats Plusieurs obstacles et déterminants à la réinsertion socioprofessionnelle et scolaire chez cette population, entre autres des facteurs individuels (p. ex. histoire d'emploi, durée d'absence du marché du travail, symptômes négatifs et cognitifs, motivation) et environnementaux (p. ex. disponibilité des programmes de soutien à l'emploi, compétences du conseiller spécialisé, prestation d'aide sociale, attitude de l'employeur), sont présentés. Le programme de soutien à l'emploi accumulant le plus de données probantes est l'*Individual Placement and Support* (IPS); ce programme est fréquemment utilisé au Québec. L'IPS met notamment l'accent sur la recherche d'un emploi compétitif, le placement rapide sur le marché du travail et la collaboration entre le conseiller spécialisé, le client et l'employeur. Le programme de soutien aux études de Mowbray, ainsi que l'IPS adapté aux études, permettent de répondre plus spécifiquement aux besoins des personnes en début d'évolution d'un trouble psychotique qui visent le retour aux études. Deux exemples cliniques de programmes offerts au Québec sont décrits dans le présent article. Malgré des résultats intéressants de ce type de programme de soutien, la réinsertion socioprofessionnelle et le maintien de l'activité (travail ou études) demeurent difficiles chez les personnes en début d'évolution d'un trouble psychotique. Pour pallier ces difficultés, il est proposé dans la littérature scientifique de personnaliser les interventions offertes chez les personnes aux prises avec un trouble psychotique, étant donné la grande hétérogénéité liée à cette condition. La combinaison d'interventions spécifiques visant des enjeux individuels préexistants chez chacune des personnes (p. ex. remédiation cognitive, thérapie cognitive-comportementale, entraînement des habiletés sociales) apparaît être une solution efficace pour optimiser la réponse thérapeutique dans les programmes de soutien à l'emploi ou aux études.

Conclusion. Cet article met en lumière les enjeux reliés à la réinsertion socioprofessionnelle chez les personnes en début d'évolution d'un trouble psychotique, afin de guider les intervenants dans le domaine et d'offrir des pistes de solutions.

MOTS CLÉS troubles psychotiques, premier épisode psychotique, réinsertion professionnelle, retour aux études, soutien à l'emploi, soutien aux études

Issues Surrounding Work and School Reintegration for People in the Early Stages of a Psychotic Disorder

ABSTRACT **Introduction** Socio-professional reintegration is an objective that is regularly sought-after by people in the early stages of a psychotic disorder. Despite this, employment rates are low for this population and high school dropout rates remind at a high level.

Objectives and method This literature synthesis based on recent meta-analyses and studies aims at presenting the determinants of vocational and school integration for people in the early stages of a psychotic disorder. This will be followed by the presentation of the most studied supported employment and education programs, as well as by complementary interventions to support existing programs. In addition, key concepts are illustrated through clinical vignettes for this clientele.

Results. Several barriers to socio-professional reintegration in this population could help explain the lower success rates when compared to the general population, including individual factors (e.g., past employment history, length of absence from the labour market, negative and cognitive symptoms, motivation) and environmental factors (e.g., availability of supported employment or education programs, competence of the employment specialist, social assistance benefits, employer attitude). The program that shows the most accumulated evidence is called Individual Placement and Support (IPS) and is frequently used in Quebec. IPS focuses on competitive job search, rapid placement in the labour market and collaboration between an employment specialist, the client, and the employer. Mowbray's supported education programs, as well as IPS adapted for education, help respond more specifically to the needs of people in the early stages of a psychotic disorder, who often wish to return to school. This article describes two clinical examples of programs offered in Quebec. Despite the interesting results provided by supported programs, socio-professional reintegration and maintaining employment remain difficult for people who are in the early stages of a psychotic disorder. Considering this, several researchers suggest that interventions for people with psychotic disorders should be more individualized, given the great heterogeneity associated with this condition. Combining interventions that are specific to each candidate's pre-existing individual deficits (e.g., cognitive remediation, cognitive-behavioural therapy, social skills training) appears to be an effective solution for optimizing the therapeutic response in supported employment or education programs.

Conclusion This article highlights the issues related to the professional or academic reintegration of people in the early stages of a psychotic disorder, in order to guide practitioners in the field and to offer possible solutions to the current limitations of these programs in Quebec, including access to certain interventions.

KEYWORDS psychotic disorders, first episode psychosis, work reintegration, school reintegration, supported employment, supported education

Introduction

Dans le contexte de ce numéro thématique sur les jeunes en début d'évolution d'un trouble psychotique, nous proposons une recension narrative de la littérature sur les déterminants de l'emploi (obtention et maintien), du maintien aux études, ainsi qu'une description des programmes de soutien à l'emploi et aux études reconnus empiriquement.

Les troubles mentaux graves (p. ex. schizophrénie) sont associés de manière générale à des taux de réinsertion au travail particulièrement faibles, oscillants entre 10 % et 30 % (Haro et coll., 2011 ; Mueser et McGurk, 2014 ; Richter et Hoffmann, 2019) une problématique à laquelle les personnes atteintes d'un trouble psychotique n'échappent pas, avec des taux en deçà des 20 % (Rosenheck et coll., 2006). D'ailleurs, une étude récente utilisant des données administratives publiques en France montre que 80 % des personnes diagnostiquées avec un trouble mental grave travaillaient avant l'apparition du trouble et subissent, suite au diagnostic, une baisse notable du taux d'emploi (plus de 25 %) dans les 4 années qui vont suivre (Diby, Lengagne et Regaert, 2021). Lorsqu'il s'agit seulement des personnes avec un trouble psychotique, le taux d'emploi est seulement de 25 %, 1 an après le diagnostic (Marwaha et Johnson, 2004). En ce sens, la reprise des activités professionnelles dans les premières années d'évolution d'un trouble psychotique est un déterminant clé pour la prévention des difficultés socioprofessionnelles au long cours (Álvarez-Jiménez, Gleeson, Bendall, et coll., 2012 ; Álvarez-Jiménez, Gleeson, Henry, et coll., 2012 ; Alvarez-Jimenez et coll., 2012 ; Birchwood, Todd et Jackson, 1998). De plus, le maintien en emploi fait aussi défaut, avec des résultats d'études montrant que les personnes ayant participé à un programme de soutien à l'emploi et ayant obtenu un emploi sur le marché du travail régulier ne le conservent, en moyenne, qu'entre 18 et 30 semaines (Bond, Drake et Becker, 2008 ; Gary R. Bond et Marina Kukla, 2011 ; G. R. Bond et M. Kukla, 2011 ; Bond, McHugo, Becker, Rapp et Whitley, 2008 ; Heffernan et Pilkington, 2011 ; voir Williams, Fossey, Corbière, Paluch et Harvey, 2016). Même dans les études longitudinales de plus longue durée, menées dans les programmes de soutien à l'emploi, les données relatives au maintien au travail apparaissent plutôt variables (Lancôt, Durand et Corbière, 2012 ; Mak, Tsang et Cheung, 2006).

Le cheminement scolaire est aussi un enjeu important chez les personnes avec un trouble psychotique, puisque l'apparition de la maladie arrive bien souvent lors de l'adolescence ou au début de l'âge adulte, une

période critique pour compléter sa scolarité et développer une identité professionnelle. De fait, Goulding et collaborateurs (2010) soulignent que 44 % des personnes en début d'évolution d'un trouble psychotique abandonnent leurs études, un taux de décrochage qui apparaît bien plus élevé que celui de la population générale, qui se situe entre 13 et 18 % (Neil, Carr, Mihalopoulos, Mackinnon, Lewin et coll., 2014 ; Neil, Carr, Mihalopoulos, Mackinnon et Morgan, 2014). Une étude québécoise comparant des jeunes en début d'évolution d'un trouble psychotique et d'autres sans suivis psychiatriques (pairés pour l'âge, le sexe et le lieu de résidence) souligne un taux de participation à un programme scolaire de 37 % chez les personnes avec trouble psychotique et 54 % chez les jeunes sans suivi psychiatrique (Roy, Rousseau, Fortier et Mottard, 2016).

La majorité des personnes aux prises avec un trouble mental grave expriment le désir de reprendre un rôle productif dans la société, une volonté mise de l'avant par environ 85 % des personnes ayant un trouble psychotique (Brown, 2011 ; Morgan et coll., 2012 ; Mueser et McGurk, 2014 ; Rinaldi et coll., 2010 ; Westcott, Waghorn, McLean, Statham et Mowry, 2015). Au-delà du fait d'occuper un rôle productif dans la société (Westcott et coll., 2015), plusieurs personnes souhaitent retourner au travail dans l'objectif de satisfaire leur besoin d'être autonome financièrement, sans avoir recours à un programme d'aide sociale (Steihaug, Lippestad, Isaksen et Werner, 2014). De plus, le retour à un rôle productif peut avoir des effets bénéfiques sur l'individu, notamment sur l'estime de soi, la qualité de vie, le processus de rémission de la maladie (diminution des symptômes psychotiques), le développement d'habiletés (nouvelles responsabilités, communication) et l'inclusion sociale (Bassett, Lloyd et Bassett, 2001 ; Dunn, Wewiorski et Rogers, 2008 ; Windell, Norman et Malla, 2012). Lorsque la personne occupe un emploi, les effets socioéconomiques se font également ressentir, notamment grâce à la diminution des services de soins et des prestations sociales (Allott, Bartholomeusz, Thompson, Wood et Killackey, 2012 ; Bush, Drake, Xie, McHugo et Haslett, 2009 ; Sultan-Taieb et coll., 2019).

Dans le cadre de cet article, nous proposons de présenter, dans un premier temps, les déterminants de la réinsertion professionnelle et du retour aux études. Puisque moins d'études portent sur les programmes de soutien aux études, cette synthèse des écrits présente de manière plus exhaustive ce qui a reçu le plus d'appuis empiriques pour le soutien à l'emploi, soit le programme IPS. Cette synthèse des écrits est basée

essentiellement sur des revues systématiques, revues intégratives, examens de la portée (*scoping review*) ou méta-analyses qui ont été conduites dans les 5 dernières années (p. ex. Charrette-Dussault et Corbière, 2019; Corbière, Charrette-Dussault et Villotti, 2020; Sauvé, Buck, Lepage et Corbière, 2021; Suijkerbuijk et coll., 2017; Williams et coll., 2016), avec l'ajout de références plus récentes (p. ex. Humensky, Nossel, Bello et Dixon, 2019; Nuechterlein et coll., 2020). Les principales composantes de ce programme, dans un contexte de travail et aussi de soutien aux études, seront décrites et illustrées à l'aide de vignettes cliniques. Enfin, des interventions complémentaires, pouvant optimiser les effets des programmes de soutien, seront décrites.

1. Déterminants de la réinsertion au travail

Malgré une réelle efficacité des programmes de soutien à l'emploi, les taux de réinsertion au travail demeurent parfois modestes selon les études, oscillant entre 14 % et 70 %, avec une médiane de 60 % (Charrette-Dussault et Corbière, 2019; Drake et Bond, 2014; Marshall et coll., 2014) et une proportion importante de personnes travaillant à temps partiel. De fait, au Québec, il est estimé qu'une personne travaille plus de 20 h/semaine pour que les avantages financiers de l'activité professionnelle soient supérieurs à ceux reliés aux prestations d'aide sociale (Latimer, 2001, 2008; voir Lecomte, Corbière, Giguère, Titone et Lysaker, 2020; Lecomte, Giguère, Cloutier et Potvin, 2020; Lecomte, Potvin, et coll., 2020; Steihaug et coll., 2014).

1.1 Déterminants individuels de l'obtention d'un emploi

Dans leur revue des écrits scientifiques, Charrette-Dussault et Corbière (2019) mettent de l'avant 3 thématiques principales en lien avec les obstacles individuels, ceux reliés :

- 1) à la condition médicale (p. ex. stress, symptômes, troubles concomitants);
- 2) à l'histoire de travail et aux compétences (p. ex. durée d'absence du marché du travail, compétences sociales et professionnelles);
- 3) à la perception de soi (p. ex. estime de soi, confiance en soi) et à l'autodétermination.

Parmi les obstacles reliés à la condition médicale, il semble que les symptômes négatifs (p. ex. avolition, anhédonie, asociabilité) sont les plus souvent identifiés comme gênant l'obtention d'un emploi

chez les personnes en début d'évolution d'un trouble psychotique, comparativement aux symptômes positifs, qui ont généralement peu d'impact dans le processus (Charette-Dussault et Corbière, 2019; Llerena, Reddy et Kern, 2018; Tsang, Leung, Chung, Bell et Cheung, 2010). Par ailleurs, les atteintes cognitives, touchant près de 80 % de cette population (Fioravanti, Bianchi et Cinti, 2012), et ce, dès les premières années de la maladie (Achim, Ouellet, Roy et Jackson, 2012; Horan, Foti, Hajcak, Wynn et Green, 2012a, 2012b; Horan, Green et coll., 2012; Mesholam-Gately, Giuliano, Goff, Faraone et Seidman, 2009; Schaefer, Giangrande, Weinberger et Dickinson, 2013) sont des déterminants négatifs de l'obtention d'un emploi (Charette-Dussault et Corbière, 2019; Nuechterlein et coll., 2011). L'étude de Nuechterlein et coll. (2011), réalisée auprès de personnes en début d'évolution d'un trouble psychotique, souligne que plusieurs variables cognitives telles que la vitesse de traitement de l'information, la mémoire verbale, la mémoire de travail et les processus attentionnels et perceptuels précoces expliquent à elles seules 52 % de la variance du retour au travail ou aux études. Même en considérant d'autres déterminants majeurs de l'obtention d'un emploi (p. ex. motivation, durée d'absence du marché du travail, symptômes négatifs, estime de soi, histoire de travail), les atteintes cognitives demeurent pertinentes pour mieux comprendre la réinsertion socioprofessionnelle et la réussite scolaire de l'individu (Corbière, Lecomte et coll., 2017; Corbière et coll., 2017; Corbière, Negrini et coll., 2017a, 2017b; Pothier et coll., 2019). La cognition sociale, plus particulièrement la théorie de l'esprit, est aussi un domaine qui peut affecter le fonctionnement socioprofessionnel de la personne concernée (Fett et coll., 2011; Horan, Foti et coll., 2012a, 2012b; Horan, Green et coll., 2012; Ventura, Ered et coll., 2015; Ventura, Subotnik et coll., 2015).

Lorsqu'il est question de l'expérience professionnelle, la durée d'absence du marché du travail est l'une des variables les plus fréquemment reliées à l'obtention d'un emploi (Charette-Dussault et Corbière, 2019). Fortin et coll. (2017) nuancent toutefois ces résultats en précisant que ce serait principalement l'activité professionnelle dans la dernière année qui augmenterait les probabilités d'obtenir un nouvel emploi sur le marché du travail ordinaire.

La motivation semble aussi jouer un rôle premier pour expliquer le lien entre ces déterminants et la réinsertion socioprofessionnelle, en mobilisant la personne dans des démarches de recherche d'emploi (Corbière, Lecomte et coll., 2017; Corbière et coll., 2017; Corbière,

Negrini et coll., 2017a, 2017b; Corbière et coll., 2011). Bien que la plupart des personnes incluses dans les études soient volontaires pour participer au programme de soutien à l'emploi, leur participation nécessite toutefois en amont un niveau d'engagement personnel significatif pour optimiser les chances de succès (Gupta, 2011; voir Westcott et coll., 2015). Ce déterminant est donc un facteur clé chez les personnes aux prises avec un trouble psychotique, considérant que les déficits motivationnels sont fréquents chez cette population (Strauss, Waltz et Gold, 2014).

1.2 Déterminants environnementaux de l'obtention d'un emploi

Il est important de souligner que l'individu n'est pas le seul responsable de sa réinsertion socioprofessionnelle; son environnement et les acteurs du milieu de travail peuvent également agir comme éléments facilitant ou gênant l'atteinte de ses objectifs professionnels.

L'un des obstacles environnementaux les plus régulièrement mis en relief dans les écrits scientifiques est la stigmatisation perçue par les personnes avec un trouble mental, particulièrement lorsqu'il est question d'un trouble psychotique, une condition souvent associée à tort à des comportements violents et imprévisibles (Charette-Dussault et Corbière, 2019; Corrigan, Larson et Rüsch, 2009; Hampson, Hicks et Watt, 2016). La majorité des personnes avec un trouble mental grave croient qu'un employeur refuserait de les engager sur la base de leur problème de santé, ce qui affecte ainsi leur motivation à trouver un emploi et leur performance en entrevue, confirmant du même coup leur croyance (Marwaha et Johnson, 2005). Cette perception a d'ailleurs été confirmée par Hipes et coll. (2016), qui montrent dans leur étude que seulement 15 % des participants qui divulguent leur problème de santé mentale se font embaucher par un employeur.

Les intervenants et les membres de la famille semblent aussi avoir un rôle à jouer dans ce phénomène de stigmatisation, notamment par leurs attitudes envers l'avenir professionnel de la personne avec un trouble mental grave (Charette-Dussault et Corbière, 2019). Sans en être pleinement conscients, les membres de la famille peuvent se montrer peu soutenant envers le projet socioprofessionnel de leur proche. De même, des intervenants peuvent omettre de parler à leurs patients de la réinsertion professionnelle de crainte de les percevoir comme « trop fragiles » (Bertram et Howard, 2006; Marwaha et Johnson, 2005; Stuart, 2006).

De plus, sans une bonne disponibilité des conseillers des programmes de soutien à l'emploi, il est probable que plusieurs personnes aient plus de difficultés à se réinsérer sur le marché du travail. Autrement dit, il semble crucial que les personnes aux prises avec un trouble mental grave puissent avoir accès à un programme de soutien à l'emploi et à leurs conseillers, ce qui n'est malheureusement pas toujours le cas dans la pratique (Charette-Dussault et Corbière, 2019). Enfin, tout comme dans la population générale, les personnes en début d'évolution d'un trouble psychotique se butent aussi sur de nombreux autres obstacles hors de leur contrôle, comme la difficulté d'accès aux transports en commun ou aux services de garde (Charette-Dussault et Corbière, 2019).

Les programmes d'aide sociale, malgré leur utilité, peuvent également nuire à la réinsertion socioprofessionnelle (Charette-Dussault et Corbière, 2019). En effet, plusieurs individus aux prises avec un trouble mental grave craignent de perdre leurs revenus en retournant sur le marché du travail, parce que les emplois auxquels ils ont accès sont souvent précaires (c.-à-d. salaire minimum, temps partiel, peu d'avantages sociaux; Bond et Drake, 2008; Charette-Dussault et Corbière, 2019; McQuilken et coll., 2003; Waghorn et coll., 2012). Pour contrer cet obstacle, certains auteurs suggèrent d'agir dès le début de l'évolution de la psychose, en visant une réinsertion rapide sur le marché du travail pour ainsi éviter que la personne reçoive des prestations d'aide sociale pour une trop longue durée, la démotivant dans ses démarches de recherche d'emploi (Bond et Drake, 2008; Metcalfe, Drake et Bond, 2017). De plus, il est intéressant de constater que les programmes de soutien à l'emploi implantés au Canada se démarquent bien souvent par l'attention accordée à cet obstacle, afin d'en minimiser les impacts éventuels (Corbière et coll., 2010; Lecomte, Corbière et coll., 2020; Lecomte, Giguère et coll., 2020; Lecomte, Potvin et coll., 2020).

1.3 Déterminants du maintien en emploi

Il s'avère important de s'intéresser également au maintien en emploi, car même après avoir participé à un programme de soutien à l'emploi soutenu empiriquement, les durées moyennes de maintien varient de 13 à 33 semaines, selon la durée du suivi des études (c.-à-d., ≤ 1 an ou > 1 an; Suijkerbuijk et coll., 2017). Un élément qui apparaît souvent négligé dans les écrits scientifiques est la congruence entre les intérêts/préférences de l'individu et les caractéristiques de l'emploi (Corbière, Charette-Dussault et Villotti, 2020). En effet, la recherche d'un emploi

en fonction des intérêts, des valeurs et des compétences de la personne augmente les probabilités que cette dernière soit satisfaite et performante, et ainsi, qu'elle maintienne son emploi plus longtemps (Kukla, Bond et Xie, 2012). Selon Williams et coll. (2016), 3 thèmes principaux semblent englober les facteurs pouvant contribuer au maintien en emploi chez les personnes avec un trouble mental grave :

- 1) l'expérience de l'employé — plus grand est l'intérêt de la personne à l'égard de l'emploi, plus son sentiment de compétence est élevé et plus son maintien est pérenne (Williams et coll., 2016);
- 2) le soutien dans le milieu de travail — la qualité des interactions au travail, en particulier avec le gestionnaire, influence significativement le maintien en emploi (Resnick et Bond, 2001; Williams et coll., 2016);
- 3) les stratégies mises en place pour intégrer le travail, le rétablissement et le bien-être, avoir accès à des mesures d'aménagements, autogérer ses symptômes et son stress, trouver un équilibre entre le travail et la vie hors travail, et percevoir son emploi comme faisant partie de son rétablissement, assurent un meilleur maintien au travail (Williams et coll., 2016).

2. Déterminants du maintien/retour aux études.

Il importe de mentionner qu'il existe à ce jour encore très peu de données relatives aux déterminants du retour aux études, et que plusieurs chercheurs utilisent les études sur la réinsertion professionnelle pour mieux comprendre le retour aux études. Certains constats spécifiques aux études ont toutefois été soulevés : les personnes qui cohabitent avec un conjoint, qui ont un bon réseau social, et qui font des études postsecondaires ont plus de succès dans leurs études et leur insertion socioprofessionnelle (Collins, Mowbray et Bybee, 2000). De plus, le fait d'être inscrit à un programme de soutien aux études semble prédire le maintien aux études pour au moins une année (Humensky, Nossel, Bello et Dixon, 2019).

3. Le soutien à l'emploi selon le modèle IPS

L'objectif principal des programmes de soutien à l'emploi est l'obtention d'un emploi « compétitif » (emploi standard sur le marché ordinaire du travail). Un emploi compétitif est défini selon plusieurs indicateurs : la rémunération est au moins au salaire minimum, toute personne peut y postuler (emplois protégés sont exclus) et cet emploi peut être à

temps plein ou à temps partiel (Becker, Whitley, Bailey et Drake, 2007; Corbière et Lecomte, 2009). *L'Individual Placement and Support* (IPS) est le programme de soutien à l'emploi qui s'est le plus démarqué à travers le monde étant donné son efficacité auprès des personnes atteintes d'un trouble mental grave, notamment chez celles aux prises avec un trouble psychotique (Drake et Bond, 2014; Modini et coll., 2016). Il s'agit d'ailleurs du modèle sur lequel se base la majorité des programmes de soutien à l'emploi au Canada et il reste le seul qui a été étudié auprès des jeunes en début d'évolution d'un trouble psychotique (Corbière, Lecomte et coll., 2017). Il existe d'autres types de programmes ou dispositifs de réinsertion au travail destinés à des personnes avec des troubles mentaux graves, notamment les entreprises d'économie sociale (Corbière et coll., 2019), mais ils n'ont pas été étudiés auprès de la clientèle ciblée dans le cadre de ce numéro thématique.

On dénombre 8 principes à la base du modèle IPS (Drake et Bond, 2014):

- 1) La recherche d'emploi est dirigée vers le marché d'emploi régulier ou « compétitif »;
- 2) L'« exclusion zéro » met l'accent sur l'inclusion dans le programme dès qu'une personne en montre l'intérêt;
- 3) Le placement rapide sur le marché du travail, suivi de l'entraînement nécessaire à l'accomplissement des tâches en milieu de travail;
- 4) La recherche d'emploi doit être orientée vers les intérêts et les préférences du participant;
- 5) Le programme de soutien à l'emploi et les interventions en santé mentale doivent être intégrés, de sorte que la collaboration entre les différents intervenants soit fluide et efficace;
- 6) Un conseiller spécialisé offre son soutien au participant pour entreprendre les démarches en lien avec les prestations d'aide sociale, en l'informant des retombées possibles;
- 7) Le soutien offert par le conseiller est continu et illimité dans le temps, en fonction des besoins du participant;
- 8) Une relation étroite est développée avec l'employeur pour faciliter l'intégration au travail des participants du programme IPS.

3.1 Le soutien à l'emploi – vignette clinique du « vocational case management »

Une approche qui est utilisée dans la plupart des cliniques pour premiers épisodes psychotiques au Québec, et qui rejoint les grands principes de l'approche IPS, est le *vocational case management* (Abdel-Baki,

Letourneau, Morin et Ng, 2013). Chaque équipe inclut un conseiller spécialisé en emploi et aux études, souvent un ergothérapeute ou encore un conseiller d'orientation scolaire et professionnelle. Ce spécialiste travaille en étroite collaboration avec l'intervenant principal, soit le « gestionnaire de cas » de l'équipe, qui mettra au centre de son intervention le rétablissement du jeune, soit son projet de vie (ici professionnel ou scolaire). Toutes les évaluations et les interventions proposées sont faites en lien avec ce projet socioprofessionnel. Par exemple, l'équipe se questionne sur les éléments stressants actuels, les symptômes, le traitement et l'entourage de la personne, afin d'identifier s'ils représentent des obstacles ou des facilitateurs à sa réinsertion socioprofessionnelle. De plus, la maladie et les symptômes sont présentés comme des obstacles à ce projet qui sont surmontables, sur lesquels il est possible d'avoir un contrôle. Cette vision doit être partagée par le psychiatre qui travaille en étroite collaboration avec l'intervenant du patient, pour favoriser l'atteinte de ses objectifs.

Dès les premières rencontres, il s'agit de bien définir avec le jeune son projet de vie. Par exemple, l'équipe lui demande ce qu'il faisait avant son inscription au programme, comment il occupait son temps et quels sont ses projets d'avenir. Ainsi, il est possible d'établir un plan de traitement collaboratif qui a comme but ultime l'atteinte du projet socioprofessionnel du jeune. Dès lors que le jeune a un lien d'emploi, il importe de protéger ce lien afin d'éviter les échecs ou la rupture du lien. Toutefois, pour y arriver, il est essentiel d'agir très vite, dès le début, en prenant contact avec le milieu en question et en envoyant un certificat médical permettant un arrêt maladie de quelques jours à quelques semaines, selon l'état de santé du jeune. Pendant ce temps, l'équipe peut prendre des ententes avec le milieu pour permettre au jeune de ne pas subir de préjudices et de pouvoir reprendre plus aisément ses activités en temps et lieu, éventuellement avec l'ajout d'aménagements. Il importe que ce certificat soit suffisamment détaillé pour que le jeune obtienne les aménagements nécessaires ou l'ajustement recherché, tout en préservant la confidentialité des informations, puisque la stigmatisation vis-à-vis des personnes avec un trouble mental est souvent présente.

Si le projet semble a priori irréaliste pour l'équipe, il est aussi crucial de ne pas briser les rêves et de susciter l'espoir. L'équipe doit alors s'intéresser à son projet, l'accompagner dans les étapes pour y arriver, miser sur l'établissement de l'alliance thérapeutique, montrer au jeune que l'équipe croit en son potentiel. Le jeune est ainsi accompagné pour franchir une étape à la fois, en décortiquant celles qui sont requises

pour atteindre son projet ou encore l'aider à le réaliser par lui-même et parfois à le réévaluer.

Par la suite, lorsque le jeune est prêt à retourner au travail, un plan de retour graduel, débutant habituellement à temps partiel, permet une reprise en douceur, afin d'éviter les échecs par une augmentation de la charge de stress trop brutale. Lorsque possible, la liaison établie par l'intervenant directement avec l'employeur permet d'adapter les tâches, en plus de l'horaire.

Il apparaît également important de bien expliquer au jeune le processus de traitement mis en place pour le retour au travail, tout en gardant son objectif en tête. Par exemple, pour le jeune sans lien d'emploi lors de son inscription au programme, mais qui a comme objectif d'y retourner rapidement, il importe de bien lui expliquer comment la participation aux groupes thérapeutiques (durant quelques semaines) peut lui permettre de bien se préparer à l'obtention d'un emploi. En parallèle, l'équipe le soutient dans ses démarches concrètes (p. ex. faire son C.V., le préparer pour des entrevues) tout en respectant son niveau d'autonomie. L'important est d'entreprendre les démarches avec lui et non pour lui; la clé est d'être dans l'action rapidement, d'éviter les réflexions trop longues et l'inaction qui tend en général à maintenir le jeune dans un cercle vicieux d'émotions négatives.

Lorsque le jeune obtient un emploi, il faut le soutenir afin qu'il le maintienne si les conditions de travail sont favorables. Il est primordial de faire des appels et des rencontres fréquentes dans les premiers jours, les premières semaines, voire les premiers mois de travail. Il faut l'aider à s'ajuster à sa nouvelle réalité de travailleur, à trouver des stratégies s'il va moins bien ou s'il ressent certains symptômes au travail pour prévenir les situations de crise éventuelles. Les premières semaines, voire les premières journées, sont cruciales. Une fois la situation stabilisée, un soutien régulier, selon les besoins du jeune, est la plupart du temps nécessaire. L'équipe doit rester présente, mais sans surcharger l'horaire. Le soutien doit donc être offert de manière flexible, en ajustant l'horaire de rendez-vous à l'horaire de travail du jeune. En effet, le but est d'éviter de lui demander de s'absenter du travail alors qu'il intègre un nouvel emploi. L'équipe déploie donc des efforts pour voir le jeune en dehors de ses heures de travail, parfois sur son lieu de travail ou à proximité.

Tout au long du suivi de reprise du projet socioprofessionnel, l'important sera de proposer des étapes réalistes en misant sur les forces du jeune, en travaillant en équipe et en étant cohérent dans toutes les étapes.

En terminant, il est important de garder à l'esprit que le jeune en début d'évolution d'un trouble psychotique présente les mêmes rêves et les mêmes buts dans la vie que d'autres jeunes. Le rôle de l'équipe traitante est de lui insuffler l'espoir et la confiance. En travaillant concrètement avec le jeune, une étape à la fois, il peut reprendre sa trajectoire de vie et réaliser les projets qui lui tiennent à cœur. Le retour à l'emploi doit donc être l'un des principaux objectifs cliniques dès l'intégration du jeune dans l'équipe. Pour l'accrocher dès le premier contact, le jeune a besoin de sentir que l'équipe s'intéresse à lui et à son projet, sans jugement.

4. Programmes de soutien aux études

Mowbray proposait déjà en 2005 que le soutien aux études soit guidé par les principes suivants : l'espoir (toute personne est traitée avec respect), la normalisation (services individualisés et non stigmatisants), l'autodétermination (l'étudiant est au centre des décisions), le soutien et les relations (créer des liens et développer les habiletés requises pour surmonter les obstacles), et le changement du système (travailler avec les établissements d'enseignement pour, entre autres, la mise en place des aménagements). Depuis, bien que plusieurs de ces principes soient implicites, les auteurs ont préféré choisir l'adoption de certains principes du modèle IPS adaptés au soutien aux études, notamment pour les personnes en début d'évolution d'un trouble psychotique qui expriment le désir de compléter leur scolarité (Killackey et coll., 2017 ; Nuechterlein et coll., 2008). L'adaptation du programme IPS à un programme de soutien aux études est d'autant plus pertinente chez cette population, puisqu'une proportion significative retourne à l'école (c.-à-d. du tiers à la moitié selon les études) en même temps qu'occuper un emploi (Humensky, Essock et Dixon, 2017 ; Nuechterlein et coll., 2008). On comprend alors que l'accès rapide à un tel programme est un enjeu crucial chez cette population, sachant qu'une majorité qui retourne au travail ou aux études le fait généralement dans l'année qui suit le début de la maladie (Humensky et coll., 2017). Nuechterlein et coll. (2008) mettent aussi l'accent sur l'importance d'offrir un soutien continu et de fournir des ressources au jeune avec un trouble mental, et ce, dans l'objectif de réduire le décrochage scolaire et prioriser le maintien dans son programme. D'ailleurs, une étude suggère que le modèle IPS pour le soutien aux études permettrait à 69 % des jeunes en début d'évolution d'un trouble psychotique à se maintenir aux études

(comparativement à 35 % pour les personnes recevant les services réguliers; Rinaldi et coll., 2010). Il reste que les études s'intéressant particulièrement au soutien aux études pour cette clientèle sont plutôt rares. À ce jour, peu d'informations précises sont disponibles pour décrire le fonctionnement et les composantes de ce type de programmes. Nous savons, entre autres, que plusieurs types de soutien et de ressources peuvent être offerts, comme le transport, la gestion du temps et l'achat du matériel, le développement de bonnes habitudes pour étudier, la préparation aux examens et une collaboration étroite avec les professeurs. Toutefois, il est difficile actuellement de déterminer quels aspects de ces programmes (celui de Mowbray ou IPS) mériteraient d'être modifiés ou bonifiés pour augmenter leur efficacité.

4.1 Le soutien aux études — vignette clinique de l'organisme Le Pavois

Le Pavois, un organisme localisé dans la ville de Québec, vise la réinsertion socioprofessionnelle de personnes vivant avec un trouble mental grave (Béguet et Fortier, 2004). Le rôle de l'agent d'intégration aux études est multiple. Il lui faut d'abord établir un lien de confiance durable qui sera présent dans tous les aspects du parcours d'études. Ce lien se crée à travers des rencontres qui se déroulent dans la communauté, c'est-à-dire dans les établissements scolaires et pour la grande majorité tout simplement dans un café. L'approche favorise à la fois le rétablissement personnel soutenu par un modèle axé sur les forces de l'individu. La fréquence des rencontres est modulée en fonction des besoins dans l'ici et maintenant, elle est collée aux besoins de l'étudiant. Le service de soutien et d'accompagnement pour les étudiants demande une bonne connaissance des facteurs influençant le retour, le maintien et la réussite scolaire.

Les étudiants desservis peuvent être inscrits au secondaire général (collège), dans un programme d'études professionnelles, au collégial (lycée) ou à l'université. Le suivi de la personne permet un partage de son vécu en lien avec les études et les différentes sphères de sa vie, particulièrement ce qui peut influencer le maintien et la réussite du projet d'étude. Les rencontres permettent également à l'étudiant d'identifier et de partager les difficultés auxquelles il est confronté. L'agent travaille avec la personne pour identifier un ou des moyens pour diminuer et enrayer ces difficultés. L'expertise développée et la collaboration avec le personnel enseignant et non enseignant permettent d'identifier des

aménagements possibles afin de favoriser la réussite, sans toutefois diminuer les exigences scolaires. L'aménagement se réalise en ajustant ou en modifiant les façons de faire habituelles ou en proposant différentes possibilités à l'étudiant pour trouver la stratégie la mieux adaptée à ses besoins.

Les étudiants sont également encouragés à aborder les questions qui les préoccupent. Selon les situations, l'agent examine avec eux les solutions potentielles et les moyens qu'elles requièrent. Ainsi, il est amené à explorer les aspects financiers et professionnels, le logement, les dimensions cliniques ou encore les réseaux familiaux et sociaux. L'agent travaille également en collaboration avec les professionnels des réseaux de la santé et des services sociaux, et du réseau d'emploi et solidarité sociale. Il doit donc se tenir informé des normes et règlements des différents ministères impliqués dans la trajectoire socioprofessionnelle du jeune afin de l'informer et de l'orienter vers ces réseaux, parfois complexes à saisir.

Conscient que les personnes ont vécu des échecs dans leur parcours socioprofessionnel, l'agent soulève les réussites et les acquis de l'étudiant. À travers ces rencontres individuelles, l'agent suit le modèle du rétablissement et aborde les aspirations de la personne, encourage les implications sociales et peut recommander, en outre, un emploi saisonnier permettant d'améliorer sa situation financière, sans toutefois nuire aux études qu'il poursuit.

5. Les interventions complémentaires au soutien à l'emploi et aux études

La participation à un programme de soutien à l'emploi n'est pas toujours gage de succès, ce qui peut s'expliquer en partie par la présence d'obstacles à la réinsertion socioprofessionnelle (Carmona, Gomez-Benito, Huedo-Medina et Rojo, 2017). À ce jour, les modifications proposées aux programmes de soutien à l'emploi ou aux études ont surtout visé les variables personnelles et non les variables environnementales ou systémiques. Selon Suijkerbuijk et coll. (2017), offrir des interventions pour optimiser l'effet du soutien à l'emploi ou du soutien aux études est une stratégie prometteuse. Dans cette veine, des interventions ciblant les atteintes cognitives (grâce à la remédiation cognitive), la modification de biais cognitifs (grâce à la thérapie cognitive comportementale), ou les difficultés de nature sociale (grâce à l'entraînement aux habiletés sociales) sont préconisées.

La combinaison de ces interventions s'est montrée efficace à de nombreuses reprises pour optimiser la réinsertion socioprofessionnelle de personnes qui composent avec un trouble psychotique (Carmona et coll., 2017 ; Suijkerbuijk et coll., 2017 ; Vita et coll., 2021 ; Wykes, Huddy, Cellard, McGurk et Czobor, 2011). Puig et coll. (2016) expliquent par ailleurs que les personnes qui améliorent leur fonctionnement cognitif, notamment l'attention et la vigilance, sont celles qui augmentent le plus leur probabilité de trouver un emploi à la suite d'un programme de soutien à l'emploi. Combiner un programme de soutien aux études à la remédiation cognitive pourrait également optimiser le fonctionnement scolaire des personnes en début d'évolution d'un trouble psychotique, tout en favorisant l'estime de soi et la confiance en ses capacités (Kidd et coll., 2014). Une méta-analyse récente démontre toutefois que les résultats sur le maintien en emploi sont plus modestes (Sauvé, Lepage et Corbière, 2019). La combinaison de certaines interventions ciblant une variété de thèmes, dont la psychologie positive (motivation, force morale, autocompassion), la remédiation cognitive, les biais cognitifs et les habiletés d'adaptation socioémotionnelles, comme le propose le programme *Minds@Work*, pourrait favoriser le maintien en emploi (Sauvé et coll., 2021). Les auteurs suggèrent aussi que la remédiation cognitive devrait cibler plus spécifiquement les fonctions cognitives requises pour les activités reliées à l'emploi de l'individu, pour ainsi ancrer ses effets à long terme (Sauvé, Lepage et Corbière, 2019); un principe qui fait écho à des interventions personnalisées, ajustées à la personne (Medalia, Saperstein, Hansen et Lee, 2018). En effet, les mécanismes sous-jacents au rétablissement de la personne sur les plans professionnel et scolaires semblent particulièrement hétérogènes chez les personnes en début d'évolution d'un trouble psychotique (Medalia et coll., 2018 ; Pothier et coll., 2020).

Une étude montre, entre autres, qu'une intervention basée sur le développement des habiletés sociales pertinentes à l'emploi favorise le maintien au travail (Au et coll., 2015). Dans le même ordre d'idées, Nuechterlein et coll. (2020) soulignent les avantages d'un programme de soutien socioprofessionnel incluant une intervention axée sur le développement d'habiletés générales (p. ex. résolution de problèmes, psychoéducation sur l'impact d'une activité socioprofessionnelle dans la vie, identification des stressors, gestion de la prise de médicaments et des symptômes, socialisation) appliquées spécifiquement au travail ou aux études. Dans leur étude, Nuechterlein et coll. (2020) indiquent que plus de 90 % des personnes en début d'évolution d'un trouble

psychotique, ayant intégré un programme de soutien à l'emploi ou aux études combiné à d'autres services, sont retournées dans ces sphères d'activité l'année suivant la fin de cette intervention « augmentée ».

Plusieurs personnes ont des croyances erronées envers le marché du travail et leurs compétences personnelles, ce qui peut nuire au retour au travail ou aux études (Thewissen et coll., 2007). Il est intéressant de constater que, même par l'intermédiaire d'une brève intervention de groupe basée sur les principes de la thérapie cognitive comportementale, combinée au programme de soutien à l'emploi, les perceptions négatives ou erronées peuvent s'atténuer (Lecomte, Corbière et coll., 2020; Lecomte, Giguère et coll., 2020; Lecomte, Potvin et coll., 2020). Ce type d'intervention favorise notamment la mise en place de meilleures stratégies d'adaptation face au stress, avec une incidence bénéfique sur les taux de réinsertion au travail (75 %) et le nombre d'heures travaillées (24 h par semaine), comparativement au groupe recevant seulement un programme de soutien (58 % et 18 h par semaine; Lecomte, Corbière et coll., 2020; Lecomte, Giguère et coll., 2020; Lecomte, Potvin et coll., 2020).

Conclusion

En guise de conclusion, bien que d'autres études soient nécessaires pour comprendre la réalité singulière des personnes en début d'évolution d'un trouble psychotique, particulièrement en lien avec les déterminants du retour aux études, cette synthèse des écrits souligne que les programmes de soutien à l'emploi et aux études présentent en général des résultats supérieurs aux programmes non spécialisés ou traditionnels en termes de réinsertion socioprofessionnelle. À la lumière de l'ensemble de ces études, une constante semble toutefois se dégager, particulièrement chez cette population : il existe une importante variabilité dans les résultats obtenus sur la réinsertion socioprofessionnelle et retour aux études.

Les troubles psychotiques sont particulièrement hétérogènes quant à leur portrait clinique et leur réponse aux traitements (Kremen, Seidman, Faraone, Toomey et Tsuang, 2004; Tsuang, Lyons et Faraone, 1990). C'est pourquoi, pour optimiser les effets des programmes de soutien à l'emploi et aux études, nous croyons qu'il est essentiel de personnaliser et d'ajuster les interventions aux besoins des personnes avec un trouble mental grave (Medalia et coll., 2018). Les programmes de soutien à l'emploi et aux études doivent donc cibler les difficultés

préexistantes des personnes ciblées, que celles-ci soient de nature cognitive, psychologique, clinique ou sociale, et les aborder, tout en tenant compte des objectifs de retour au travail ou aux études que le jeune s'est fixé (Carmona et coll., 2017; Suijkerbuijk et coll., 2017). De futures études s'intéressant aux variables environnementales, ainsi qu'aux collaborations avec les milieux scolaires/universitaires et de travail, sont nécessaires afin d'améliorer l'efficacité des programmes de soutien aux études et au travail pour les jeunes en début d'évolution d'un trouble psychotique. Enfin, il apparaît primordial que les résultats des études puissent se transposer vers la clinique, en fournissant les ressources nécessaires aux divers milieux, pour ainsi offrir des interventions qui se collent aux meilleures pratiques.

RÉFÉRENCES

- Abdel-Baki, A., Letourneau, G., Morin, C. et Ng, A. (2013). Resumption of work or studies after first-episode psychosis: the impact of vocational case management. *Early Interv Psychiatry*, 7(4), 391-398. doi:10.1111/eip.12021
- Achim, A. M., Ouellet, R., Roy, M. A. et Jackson, P. L. (2012). Mentalizing in first-episode psychosis. *Psychiatry Res*, 196(2-3), 207-213. doi:10.1016/j.psychres.2011.10.011
- Allott, K., Bartholomeusz, C., Thompson, A., Wood, S. et Killackey, E. (2012). Bolstering Work: Potential Benefits of Cognitive and Social Cognitive Interventions to Employment Interventions for People with Early Psychosis. *Schizophrenia Research*, 136. doi:10.1016/s0920-9964(12)70137-8
- Álvarez-Jiménez, M., Gleeson, J. F., Bendall, S., Lederman, R., Wadley, G., Killackey, E. et McGorry, P. D. (2012). Internet-based interventions for psychosis: a sneak-peek into the future. *Psychiatr Clin North Am*, 35(3), 735-747. doi:10.1016/j.psc.2012.06.011
- Álvarez-Jiménez, M., Gleeson, J. F., Henry, L. P., Harrigan, S. M., Harris, M. G., Killackey, E., ... McGorry, P. D. (2012). Road to full recovery: longitudinal relationship between symptomatic remission and psychosocial recovery in first-episode psychosis over 7.5 years. *Psychol Med*, 42(3), 595-606. doi:10.1017/s0033291711001504
- Alvarez-Jimenez, M., Priede, A., Hetrick, S. E., Bendall, S., Killackey, E., Parker, A. G., ... Gleeson, J. F. (2012). Risk factors for relapse following treatment for first episode psychosis: a systematic review and meta-analysis of longitudinal studies. *Schizophr Res*, 139(1-3), 116-128. doi:10.1016/j.schres.2012.05.007
- Au, D. W., Tsang, H. W., So, W. W., Bell, M. D., Cheung, V., Yiu, M. G., ... Lee, G. T. (2015). Effects of integrated supported employment plus cognitive remediation training for people with schizophrenia and schizoaffective disorders. *Schizophr Res*, 166(1-3), 297-303. doi:10.1016/j.schres.2015.05.013

- Bassett, J., Lloyd, C. et Bassett, H. (2001). Work Issues for Young People with Psychosis: Barriers to Employment. *British Journal of Occupational Therapy*, 64(2), 66-72. doi:10.1177/030802260106400203
- Becker, D., Whitley, R., Bailey, E. L. et Drake, R. E. (2007). Long-term employment trajectories among participants with severe mental illness in supported employment. *Psychiatr Serv*, 58(7), 922-928. doi:10.1176/ps.2007.58.7.922
- Béguet, V. et Fortier, S. (2004). *Les trajectoires scolaires de personnes ayant un problème grave de santé mentale: bilan général d'une recherche-action*. Le Pavois.
- Bertram, M. et Howard, L. (2006). Employment status and occupational care planning for people using mental health services. *Psychiatric Bulletin*, 30(2), 48-51. doi:10.1192/pb.30.2.48
- Birchwood, M., Todd, P. et Jackson, C. (1998). Early intervention in psychosis. The critical period hypothesis. *Br J Psychiatry Suppl*, 172(33), 53-59.
- Bond, G. R. et Drake, R. E. (2008). Predictors of competitive employment among patients with schizophrenia. *Curr Opin Psychiatry*, 21(4), 362-369. doi:10.1097/YCO.0b013e328300eb0e
- Bond, G. R., Drake, R. E. et Becker, D. R. (2008). An update on randomized controlled trials of evidence-based supported employment. *Psychiatr Rehabil J*, 31(4), 280-290. doi:10.2975/31.4.2008.280.290
- Bond, G. R. et Kukla, M. (2011). Impact of Follow-Along Support on Job Tenure in the Individual Placement and Support Model. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 199(3), 150-155. doi:10.1097/NMD.0b013e31820c752f
- Bond, G. R. et Kukla, M. (2011). Is job tenure brief in individual placement and support (IPS) employment programs? *Psychiatr Serv*, 62(8), 950-953. doi:10.1176/ps.62.8.pss6208_0950
- Bond, G. R., McHugo, G. J., Becker, D. R., Rapp, C. A. et Whitley, R. (2008). Fidelity of supported employment: lessons learned from the National Evidence-Based Practice Project. *Psychiatr Rehabil J*, 31(4), 300-305. doi:10.2975/31.4.2008.300.305
- Brown, J. A. (2011). Talking about life after early psychosis: the impact on occupational performance. *Can J Occup Ther*, 78(3), 156-163. doi:10.2182/cjot.2011.78.3.3
- Bush, P. W., Drake, R. E., Xie, H., McHugo, G. J. et Haslett, W. R. (2009). The long-term impact of employment on mental health service use and costs for persons with severe mental illness. *Psychiatr Serv*, 60(8), 1024-1031. doi:10.1176/ps.2009.60.8.1024
- Carmona, V. R., Gomez-Benito, J., Huedo-Medina, T. B. et Rojo, J. E. (2017). Employment outcomes for people with schizophrenia spectrum disorder: A meta-analysis of randomized controlled trials. *Int J Occup Med Environ Health*, 30(3), 345-366. doi:10.13075/ijomeh.1896.01074
- Charette-Dussault, E. et Corbière, M. (2019). An Integrative Review of the Barriers to Job Acquisition for People With Severe Mental Illnesses. *J Nerv Ment Dis*, 207(7), 523-537. doi:10.1097/NMD.0000000000001013
- Collins, M. E., Mowbray, C. T. et Bybee, D. (2000). Characteristics predicting successful outcomes of participants with severe mental illness in supported education. *Psychiatric Services*, 51(6), 774-780.

- Corbière, M., Charette-Dussault, É. et Villotti, P. (2020). Factors of Competitive Employment for People with Severe Mental Illness, from Acquisition to Tenure. In *Handbook of Disability, Work and Health* (pp. 1-26).
- Corbière, M., Lancot, N., Lecomte, T., Latimer, E., Goering, P., Kirsh, B., ... Kamagiannis, T. (2010). A pan-Canadian evaluation of supported employment programs dedicated to people with severe mental disorders. *Community Ment Health J*, 46(1), 44-55. doi:10.1007/s10597-009-9207-6
- Corbière, M. et Lecomte, T. (2009). Vocational services offered to people with severe mental illness. *Journal of mental Health*, 18(1), 38-50.
- Corbière, M., Lecomte, T., Lachance, J. P., Coutu, M. F., Negrini, A. et Laberon, S. (2017). [Return to Work Strategies of Employees who Experienced Depression: Employers and HR's Perspectives]. *Sante Ment Que*, 42(2), 173-196.
- Corbière, M., Lecomte, T., Reinhartz, D., Kirsh, B., Goering, P., Menear, M.,... Goldner, E. M. (2017). Predictors of Acquisition of Competitive Employment for People Enrolled in Supported Employment Programs. *J Nerv Ment Dis*, 205(4), 275-282. doi:10.1097/NMD.0000000000000612
- Corbière, M., Negrini, A., Durand, M. J., St-Arnaud, L., Briand, C., Fassier, J. B.,... Lachance, J. P. (2017a). Development of the Return-to-Work Obstacles and Self-Efficacy Scale (ROSES) and Validation with Workers Suffering from a Common Mental Disorder or Musculoskeletal Disorder. *J Occup Rehabil*, 27(3), 329-341. doi:10.1007/s10926-016-9661-2
- Corbière, M., Negrini, A., Durand, M. J., St-Arnaud, L., Briand, C., Fassier, J. B., ... Lachance, J. P. (2017b). Erratum to: Development of the Return-to-Work Obstacles and Self-Efficacy Scale (ROSES) and Validation with Workers Suffering from a Common Mental Disorder or Musculoskeletal Disorder. *J Occup Rehabil*, 27(3), 342. doi:10.1007/s10926-017-9718-x
- Corbière, M., Zaniboni, S., Dewa, C. S., Villotti, P., Lecomte, T., Sultan-Taieb, H.,... Fraccaroli, F. (2019). Work productivity of people with a psychiatric disability working in social firms. *Work*, 62(1), 151-160.
- Corbière, M., Zaniboni, S., Lecomte, T., Bond, G., Gilles, P. Y., Lesage, A. et Goldner, E. (2011). Job acquisition for people with severe mental illness enrolled in supported employment programs: a theoretically grounded empirical study. *J Occup Rehabil*, 21(3), 342-354. doi:10.1007/s10926-011-9315-3
- Corrigan, P. W., Larson, J. E. et Rüsch, N. (2009). Self-stigma and the “why try” effect: impact on life goals and evidence-based practices. *World Psychiatry*, 8(2), 75-81. doi:10.1002/j.2051-5545.2009.tb00218.x
- Diby, A. S., Lengagne, P. et Regaert, C. (2021). Employment Vulnerability of People With Severe Mental Illness. *Health Policy*, 125(2), 269-275.
- Drake, R. E. et Bond, G. R. (2014). Introduction to the special issue on individual placement and support. *Psychiatr Rehabil J*, 37(2), 76-78. doi:10.1037/prj0000083
- Dunn, E. C., Wewiorski, N. J. et Rogers, E. S. (2008). The meaning and importance of employment to people in recovery from serious mental illness: results of a qualitative study. *Psychiatr Rehabil J*, 32(1), 59-62. doi:10.2975/32.1.2008.59.62
- Fett, A. K., Viechtbauer, W., Dominguez, M. D., Penn, D. L., van Os, J. et Krabbendam, L. (2011). The relationship between neurocognition and social cognition with

- functional outcomes in schizophrenia: a meta-analysis. *Neurosci Biobehav Rev*, 35(3), 573-588. doi:10.1016/j.neubiorev.2010.07.001
- Fioravanti, M., Bianchi, V. et Cinti, M. E. (2012). Cognitive deficits in schizophrenia: an updated metanalysis of the scientific evidence. *BMC Psychiatry*, 12, 64. doi:10.1186/1471-244x-12-64
- Fortin, G., Lecomte, T. et Corbière, M. (2017). Does personality influence job acquisition and tenure in people with severe mental illness enrolled in supported employment programs? *J Ment Health*, 26(3), 248-256. doi:10.1080/09638237.2016.1276534
- Goulding, S. M., Chien, V. H. et Compton, M. T. (2010). Prevalence and correlates of school drop-out prior to initial treatment of nonaffective psychosis: further evidence suggesting a need for supported education. *Schizophr Res*, 116(2-3), 228-233. doi:10.1016/j.schres.2009.09.006
- Gupta, S. K. (2011). Intention-to-treat concept: A review. *Perspect Clin Res*, 2(3), 109-112. doi:10.4103/2229-3485.83221
- Hampson, M., Hicks, R. et Watt, B. (2016). Understanding the employment barriers and support needs of people living with psychosis. *Qualitative Report*, 21(5), 864-880.
- Haro, J. M., Novick, D., Bertsch, J., Karagianis, J., Dossenbach, M. et Jones, P. B. (2011). Cross-national clinical and functional remission rates: Worldwide Schizophrenia Outpatient Health Outcomes (W-SOHO) study. *Br J Psychiatry*, 199(3), 194-201. doi:10.1192/bjp.bp.110.082065
- Heffernan, J. et Pilkington, P. (2011). Supported employment for persons with mental illness: systematic review of the effectiveness of individual placement and support in the UK. *J Ment Health*, 20(4), 368-380. doi:10.3109/09638237.2011.556159
- Hipes, C., Lucas, J., Phelan, J. C. et White, R. C. (2016). The stigma of mental illness in the labor market. *Soc Sci Res*, 56, 16-25. doi:10.1016/j.ssresearch.2015.12.001
- Horan, W. P., Foti, D., Hajcak, G., Wynn, J. K. et Green, M. F. (2012a). Impaired neural response to internal but not external feedback in schizophrenia. *Psychol Med*, 42(8), 1637-1647. doi:10.1017/s0033291711002819
- Horan, W. P., Foti, D., Hajcak, G., Wynn, J. K. et Green, M. F. (2012b). Intact motivated attention in schizophrenia: evidence from event-related potentials. *Schizophr Res*, 135(1-3), 95-99. doi:10.1016/j.schres.2011.11.005
- Horan, W. P., Green, M. F., DeGroot, M., Fiske, A., Helleman, G., Kee, K., ... Nuechterlein, K. H. (2012). Social cognition in schizophrenia, Part 2: 12-month stability and prediction of functional outcome in first-episode patients. *Schizophr Bull*, 38(4), 865-872. doi:10.1093/schbul/sbr001
- Humensky, J. L., Essock, S. M. et Dixon, L. B. (2017). Characteristics associated with the pursuit of work and school among participants in a treatment program for first episode of psychosis. *Psychiatr Rehabil J*, 40(1), 108-112. doi:10.1037/prj0000256
- Humensky, J. L., Nossel, I., Bello, I. et Dixon, L. B. (2019). Supported education and employment services for young people with early psychosis in OnTrackNY. *The journal of mental health policy and economics*, 22(3), 95.

- Kidd, S. A., Kaur, J., Virdee, G., George, T. P., McKenzie, K. et Herman, Y. (2014). Cognitive remediation for individuals with psychosis in a supported education setting: a randomized controlled trial. *Schizophr Res*, 157(1-3), 90-98. doi:10.1016/j.schres.2014.05.007
- Killackey, E., Allott, K., Woodhead, G., Connor, S., Dragon, S. et Ring, J. (2017). Individual placement and support, supported education in young people with mental illness: an exploratory feasibility study. *Early Interv Psychiatry*, 11(6), 526-531. doi:10.1111/eip.12344
- Kremen, W. S., Seidman, L. J., Faraone, S. V., Toomey, R. et Tsuang, M. T. (2004). Heterogeneity of schizophrenia: a study of individual neuropsychological profiles. *Schizophr Res*, 71(2-3), 307-321. doi:10.1016/j.schres.2004.02.022
- Kukla, M., Bond, G. R. et Xie, H. (2012). A prospective investigation of work and nonvocational outcomes in adults with severe mental illness. *J Nerv Ment Dis*, 200(3), 214-222. doi:10.1097/NMD.0b013e318247cb29
- Lanctôt, N., Durand, M. J. et Corbière, M. (2012). The quality of work life of people with severe mental disorders working in social enterprises: a qualitative study. *Qual Life Res*, 21(8), 1415-1423. doi:10.1007/s11136-011-0057-7
- Latimer, E. A. (2001). Economic impacts of supported employment for persons with severe mental illness. *Can J Psychiatry*, 46(6), 496-505. doi:10.1177/070674370104600603
- Latimer, E. A. (2008). Individual placement and support programme increases rates of obtaining employment in people with severe mental illness. *Evid Based Ment Health*, 11(2), 52. doi:10.1136/ebmh.11.2.52
- Lecomte, T., Corbière, M., Giguère, C. E., Titone, D. et Lysaker, P. (2020). Group cognitive behaviour therapy for supported employment—Results of a randomized controlled cohort trial. *Schizophr Res*, 215, 126-133. doi:10.1016/j.schres.2019.10.063
- Lecomte, T., Giguère, C., Cloutier, B. et Potvin, S. (2020). Comorbidity Profiles of Psychotic Patients in Emergency Psychiatry. *J Dual Diagn*, 16(2), 260-270. doi:10.1080/15504263.2020.1713425
- Lecomte, T., Potvin, S., Corbière, M., Guay, S., Samson, C., Cloutier, B.,... Khazaal, Y. (2020). Mobile Apps for Mental Health Issues: Meta-Review of Meta-Analyses. *JMIR Mhealth Uhealth*, 8(5), e17458. doi:10.2196/17458
- Llerena, K., Reddy, L. F. et Kern, R. S. (2018). The role of experiential and expressive negative symptoms on job obtainment and work outcome in individuals with schizophrenia. *Schizophr Res*, 192, 148-153. doi:10.1016/j.schres.2017.06.001
- Mak, D. C., Tsang, H. W. et Cheung, L. C. (2006). Job termination among individuals with severe mental illness participating in a supported employment program. *Psychiatry*, 69(3), 239-248. doi:10.1521/psyc.2006.69.3.239
- Marshall, T., Goldberg, R. W., Braude, L., Dougherty, R. H., Daniels, A. S., Ghose, S. S., ... Delphin-Rittmon, M. E. (2014). Supported employment: assessing the evidence. *Psychiatr Serv*, 65(1), 16-23. doi:10.1176/appi.ps.201300262
- Marwaha, S. et Johnson, S. (2004). Schizophrenia and employment—a review. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 39(5), 337-349. doi:10.1007/s00127-004-0762-4
- Marwaha, S. et Johnson, S. (2005). Views and experiences of employment among people with psychosis: a qualitative descriptive study. *Int J Soc Psychiatry*, 51(4), 302-316. doi:10.1177/0020764005057386

- McQuilken, M., Zahniser, J. H., Novak, J., Starks, R. D., Olmos, A. et Bond, G. R. (2003). The work project survey: Consumer perspectives on work. *Journal of vocational rehabilitation*, 18(1), 59-68.
- Medalia, A., Saperstein, A. M., Hansen, M. C. et Lee, S. (2018). Personalised treatment for cognitive dysfunction in individuals with schizophrenia spectrum disorders. *Neuropsychol Rehabil*, 28(4), 602-613. doi:10.1080/09602011.2016.1189341
- Mesholam-Gately, R. I., Giuliano, A. J., Goff, K. P., Faraone, S. V. et Seidman, L. J. (2009). Neurocognition in first-episode schizophrenia: a meta-analytic review. *Neuropsychology*, 23(3), 315-336. doi:10.1037/a0014708
- Metcalfe, J. D., Drake, R. E. et Bond, G. R. (2017). Predicting Employment in the Mental Health Treatment Study: Do Client Factors Matter? *Adm Policy Ment Health*, 44(3), 345-353. doi:10.1007/s10488-016-0774-x
- Modini, M., Tan, L., Brinchmann, B., Wang, M. J., Killackey, E., Glozier, N., ... Harvey, S. B. (2016). Supported employment for people with severe mental illness: systematic review and meta-analysis of the international evidence. *Br J Psychiatry*, 209(1), 14-22. doi:10.1192/bjp.bp.115.165092
- Morgan, V. A., Waterreus, A., Jablensky, A., Mackinnon, A., McGrath, J. J., Carr, V., ... Saw, S. (2012). People living with psychotic illness in 2010: the second Australian national survey of psychosis. *Aust N Z J Psychiatry*, 46(8), 735-752. doi:10.1177/0004867412449877
- Mowbray, C. T., Collins, M. E., Bellamy, C. D., Megivern, D. A., Bybee, D. et Szilvagy, S. (2005). Supported education for adults with psychiatric disabilities: An innovation for social work and psychosocial rehabilitation practice. *Social Work*, 50(1), 7-20.
- Mueser, K. T. et McGurk, S. R. (2014). Supported employment for persons with serious mental illness: current status and future directions. *Encephale*, 40 Suppl 2, S45-56. doi:10.1016/j.encep.2014.04.008
- Neil, A. L., Carr, V. J., Mihalopoulos, C., Mackinnon, A., Lewin, T. J. et Morgan, V. A. (2014). What difference a decade? The costs of psychosis in Australia in 2000 and 2010: comparative results from the first and second Australian national surveys of psychosis. *Aust N Z J Psychiatry*, 48(3), 237-248. doi:10.1177/0004867413508453
- Neil, A. L., Carr, V. J., Mihalopoulos, C., Mackinnon, A. et Morgan, V. A. (2014). Costs of psychosis in 2010: findings from the second Australian National Survey of Psychosis. *Aust N Z J Psychiatry*, 48(2), 169-182. doi:10.1177/0004867413500352
- Nuechterlein, K. H., Subotnik, K. L., Green, M. F., Ventura, J., Asarnow, R. F., Gitlin, M. J., ... Mintz, J. (2011). Neurocognitive predictors of work outcome in recent-onset schizophrenia. *Schizophr Bull*, 37 Suppl 2(Suppl 2), S33-40. doi:10.1093/schbul/sbr084
- Nuechterlein, K. H., Subotnik, K. L., Turner, L. R., Ventura, J., Becker, D. R. et Drake, R. E. (2008). Individual placement and support for individuals with recent-onset schizophrenia: integrating supported education and supported employment. *Psychiatr Rehabil J*, 31(4), 340-349. doi:10.2975/31.4.2008.340.349
- Nuechterlein, K. H., Subotnik, K. L., Ventura, J., Turner, L. R., Gitlin, M. J., Gretchen-Doorly, D., ... Liberman, R. P. (2020). Enhancing return to work or school after

- a first episode of schizophrenia: the UCLA RCT of Individual Placement and Support and Workplace Fundamentals Module training. *Psychol Med*, 50(1), 20-28. doi:10.1017/S0033291718003860
- Pothier, W., Cellard, C., Corbière, M., Villotti, P., Achim, A. M., Lavoie, A.,... Roy, M. A. (2019). Determinants of occupational outcome in recent-onset psychosis: The role of cognition. *Schizophr Res Cogn*, 18, 100158. doi:10.1016/j.scog.2019.100158
- Pothier, W., Roy, M. A., Corbière, M., Thibaudeau, É., Achim, A. M., Wykes, T.,... Cellard, C. (2020). Personalized cognitive remediation therapy to facilitate return to work or to school in recent-onset psychosis. *Neurocase*, 26(6), 340-352. doi:10.1080/13554794.2020.1841797
- Puig, O., Thomas, K. R. et Twamley, E. W. (2016). Age and Improved Attention Predict Work Attainment in Combined Compensatory Cognitive Training and Supported Employment for People With Severe Mental Illness. *J Nerv Ment Dis*, 204(11), 869-872. doi:10.1097/NMD.0000000000000604
- Resnick, S. G. et Bond, G. R. (2001). The Indiana Job Satisfaction Scale: job satisfaction in vocational rehabilitation for people with severe mental illness. *Psychiatr Rehabil J*, 25(1), 12-19. doi:10.1037/h0095055
- Richter, D. et Hoffmann, H. (2019). Social exclusion of people with severe mental illness in Switzerland: results from the Swiss Health Survey. *Epidemiol Psychiatr Sci*, 28(4), 427-435. doi:10.1017/s2045796017000786
- Rinaldi, M., Killackey, E., Smith, J., Shepherd, G., Singh, S. P. et Craig, T. (2010). First episode psychosis and employment: a review. *Int Rev Psychiatry*, 22(2), 148-162. doi:10.3109/09540261003661825
- Rosenheck, R., Leslie, D., Keefe, R., McEvoy, J., Swartz, M., Perkins, D., ... Lieberman, J. (2006). Barriers to employment for people with schizophrenia. *Am J Psychiatry*, 163(3), 411-417. doi:10.1176/appi.ajp.163.3.411
- Roy, L., Rousseau, J., Fortier, P. et Mottard, J. P. (2016). Postsecondary academic achievement and first-episode psychosis: A mixed-methods study. *Can J Occup Ther*, 83(1), 42-52. doi:10.1177/0008417415575143
- Sauvé, G., Buck, G., Lepage, M. et Corbière, M. (2021). Minds@ Work: A New Manualized Intervention to Improve Job Tenure in Psychosis Based on Scoping Review and Logic Model. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 1-14.
- Sauvé, G., Lepage, M. et Corbière, M. (2019). Impacts de la combinaison de programmes de soutien à l'emploi et de remédiation cognitive sur le maintien en emploi de personnes souffrant de schizophrénie: une méta-analyse. *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique*, 177(6), 534-543. doi:10.1016/j.amp.2018.01.015
- Schaefer, J., Giangrande, E., Weinberger, D. R. et Dickinson, D. (2013). The global cognitive impairment in schizophrenia: consistent over decades and around the world. *Schizophr Res*, 150(1), 42-50. doi:10.1016/j.schres.2013.07.009
- Steihaug, S., Lippestad, J. W., Isaksen, H. et Werner, A. (2014). Development of a model for organisation of and cooperation on home-based rehabilitation—an action research project. *Disabil Rehabil*, 36(7), 608-616. doi:10.3109/09638288.2013.800595

- Strauss, G. P., Waltz, J. A. et Gold, J. M. (2014). A review of reward processing and motivational impairment in schizophrenia. *Schizophr Bull*, 40 Suppl 2, S107-116. doi:10.1093/schbul/sbt197
- Stuart, H. (2006). Mental illness and employment discrimination. *Curr Opin Psychiatry*, 19(5), 522-526. doi:10.1097/01.yco.0000238482.27270.5d
- Suijkerbuijk, Y. B., Schaafsma, F. G., van Mechelen, J. C., Ojajarvi, A., Corbière, M. et Anema, J. R. (2017). Interventions for obtaining and maintaining employment in adults with severe mental illness, a network meta-analysis. *Cochrane Database Syst Rev*, 9, CD011867. doi:10.1002/14651858.CD011867.pub2
- Sultan-Taieb, H., Villotti, P., Berbiche, D., Dewa, C. S., Desjardins, E., Fraccaroli, F., ... Corbière, M. (2019). Can social firms contribute to alleviating the economic burden of psychiatric disabilities for the public healthcare system? *Health Soc Care Community*, 27(5), 1311-1320. doi:10.1111/hsc.12775
- Thewissen, V., Myin-Germeys, I., Bentall, R., de Graaf, R., Vollebergh, W. et van Os, J. (2007). Instability in self-esteem and paranoia in a general population sample. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 42(1), 1-5. doi:10.1007/s00127-006-0136-1
- Tsang, H. W., Leung, A. Y., Chung, R. C., Bell, M. et Cheung, W. M. (2010). Review on vocational predictors: a systematic review of predictors of vocational outcomes among individuals with schizophrenia: an update since 1998. *Aust N Z J Psychiatry*, 44(6), 495-504. doi:10.3109/00048671003785716
- Tsuang, M. T., Lyons, M. J. et Faraone, S. V. (1990). Heterogeneity of schizophrenia. Conceptual models and analytic strategies. *Br J Psychiatry*, 156, 17-26. doi:10.1192/bjp.156.1.17
- Ventura, J., Ered, A., Gretchen-Doorly, D., Subotnik, K. L., Horan, W. P., Hellemann, G. S. et Nuechterlein, K. H. (2015). Theory of mind in the early course of schizophrenia: stability, symptom and neurocognitive correlates, and relationship with functioning. *Psychol Med*, 45(10), 2031-2043. doi:10.1017/s0033291714003171
- Ventura, J., Subotnik, K. L., Gitlin, M. J., Gretchen-Doorly, D., Ered, A., Villa, K. F., ... Nuechterlein, K. H. (2015). Negative symptoms and functioning during the first year after a recent onset of schizophrenia and 8 years later. *Schizophr Res*, 161(2-3), 407-413. doi:10.1016/j.schres.2014.10.043
- Vita, A., Barlati, S., Ceraso, A., Nibbio, G., Ariu, C., Deste, G. et Wykes, T. (2021). Effectiveness, Core Elements, and Moderators of Response of Cognitive Remediation for Schizophrenia: A Systematic Review and Meta-analysis of Randomized Clinical Trials. *JAMA psychiatry*.
- Waghorn, G., Saha, S., Harvey, C., Morgan, V. A., Waterreus, A., Bush, R., ... McGrath, J. J. (2012). 'Earning and learning' in those with psychotic disorders: the second Australian national survey of psychosis. *Aust N Z J Psychiatry*, 46(8), 774-785. doi:10.1177/0004867412452015
- Westcott, C., Waghorn, G., McLean, D., Statham, D. et Mowry, B. (2015). Interest in Employment Among People with Schizophrenia. *American Journal of Psychiatric Rehabilitation*, 18(2), 187-207. doi:10.1080/15487768.2014.954162
- Williams, A. E., Fossey, E., Corbière, M., Paluch, T. et Harvey, C. (2016). Work participation for people with severe mental illnesses: An integrative review of

- factors impacting job tenure. *Aust Occup Ther J*, 63(2), 65-85. doi:10.1111/1440-1630.12237
- Windell, D., Norman, R. et Malla, A. K. (2012). The personal meaning of recovery among individuals treated for a first episode of psychosis. *Psychiatr Serv*, 63(6), 548-553. doi:10.1176/appi.ps.201100424
- Wykes, T., Huddy, V., Cellard, C., McGurk, S. R. et Czobor, P. (2011). A meta-analysis of cognitive remediation for schizophrenia : methodology and effect sizes. *Am J Psychiatry*, 168(5), 472-485. doi:10.1176/appi.ajp.2010.10060855

Comment aider les jeunes atteints de psychose à éviter l'itinérance ?

Julie Marguerite Deschênes^a

Laurence Roy^b

Nicolas Girard^c

Amal Abdel-Baki^d

RÉSUMÉ Objectifs Issu de l'expérience clinique et de la littérature, cet article cherche à stimuler une réflexion chez les acteurs impliqués concernant l'organisation des services et les interventions à privilégier auprès des jeunes vivant un premier épisode de psychose et une situation d'instabilité résidentielle ou d'itinérance. L'objectif de l'article est de faire un survol de la littérature sur la situation de ces jeunes et de leurs besoins, des défis auxquels ils font face dans leur trajectoire de soins et de différentes interventions à considérer auprès d'eux pour prévenir l'itinérance ou en sortir.

Méthode Cette revue de littérature présente une synthèse narrative des articles issus de revues de littérature ou d'études primaires publiées en français ou en anglais entre 1995 et mars 2021 en se concentrant plus spécifiquement sur les

-
- a. M. Sc., doctorante en travail social, École de travail social, Université de Montréal – travailleuse sociale, Clinique JAP, CHUM.
 - b. Professeure agrégée, École de physiothérapie et d'ergothérapie, Université McGill.
 - c. Conseiller cadre, Aire ouverte, Direction adjointe du Programme jeunesse - Santé mentale, réadaptation enfants et adolescents, Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux (CIUSSS) Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal.
 - d. Professeure titulaire, Département de psychiatrie et d'addictologie, Université de Montréal – Psychiatre, chef du Service de santé mentale jeunesse et de la Clinique JAP du Centre hospitalier de l'Université de Montréal (CHUM) – Chercheure, Centre de recherche du CHUM, Montréal – Présidente de l'AQPPEP.

services et les pratiques d'intervention mises en œuvre au Québec dans les dernières années. Certaines interventions faites à différents moments dans le parcours d'un jeune peuvent modifier sa trajectoire et prévenir une situation d'itinérance ou en limiter la durée et les conséquences. Tout au long de l'article, une vignette clinique illustrera ces interventions survenant à différents moments clés dans la vie d'un jeune.

Résultats Le risque d'instabilité résidentielle et d'itinérance chez les jeunes vivant avec une psychose débutante est plus important que dans la population générale. Cette situation peut contribuer au déclenchement ou à l'aggravation de la psychose notamment en raison du stress associé aux conditions de vie difficiles et aux possibilités accrues d'expériences de victimisation. Cette précarité peut aussi être la conséquence de la psychose et de ses conditions associées. Toutefois, peu d'études portent spécifiquement sur les jeunes vivant à la fois un premier épisode de psychose et une situation d'itinérance ou d'instabilité résidentielle. L'instabilité associée au contexte d'itinérance complexifie leur trajectoire de soins en santé mentale, retarde leur accès aux services appropriés et interfère avec leur engagement dans le suivi. Les interventions visant la prévention de l'itinérance incluent l'accompagnement dans la transition à la vie adulte et le repérage des situations d'instabilité résidentielle. Au niveau de l'organisation des soins, les centres de services intégrés en santé mentale pour les jeunes et le développement de partenariats, le travail en réseau et l'intersectorialité permettent de pallier certains défis. Les modèles d'interventions intensives de proximité et les interventions visant la stabilité résidentielle avec accompagnement sont favorables pour les jeunes en situation d'itinérance.

Conclusion Les défis auxquels sont confrontés les jeunes vivant avec une psychose débutante en situation d'itinérance impliquent des enjeux pour l'accès, la continuité et la qualité des services de santé mentale. Des interventions intégrées tant pour prévenir l'itinérance que pour les aider à en sortir peuvent être mises en œuvre pour endiguer cette problématique.

MOTS CLÉS jeunes adultes, psychose émergente, itinérance, instabilité résidentielle, intervention, programme d'intervention précoce, services de santé mentale, soins de santé, accès aux services, engagement dans les services

How to Help Young People with Early Psychosis avoid Homelessness?

ABSTRACT Objectives Based on clinical experience and literature, this article aims to stimulate reflection among the actors involved concerning the organization of services and the interventions to be favored with young people living both a first episode of psychosis and a situation of residential instability or homelessness. The objective of this article is to provide an overview of the literature on the situation of these young people and their needs, the challenges they face in their pathway

within the healthcare system and the various interventions to consider with them both to prevent or exit homelessness.

Method This literature review presents a narrative synthesis of articles from literature reviews or primary studies published in French or English between 1995 and March 2021, with a focus on the services and intervention practices implemented in Quebec in recent years. Certain interventions can be made at different periods of time in a young person's journey to change their trajectory and prevent homelessness or limit its duration and consequences. Throughout this article, a case study will illustrate these interventions occurring at different times in the life of a young person.

Results The risk of residential instability and homelessness in young people living with emerging psychosis is higher than in the general population. This situation can contribute to the onset or worsening of psychosis due to the stress associated with difficult living conditions and the increased possibilities of victimization experiences. This great precariousness can also be the consequence of psychosis and its associated conditions. However, very few studies focus specifically on young people experiencing both a first episode of psychosis and a situation of homelessness or residential instability. The instability associated with homelessness complicates their pathway to mental health care, delays their access to the appropriate services and interferes with their engagement in follow-up. Interventions aimed at preventing homelessness include support in the transition to adulthood and identifying situations of residential instability. Regarding the organization of care, integrated mental health service centers for young people and the development of partnerships, networking and intersectorality make it possible to overcome certain challenges. Intensive outreach interventions models as well as interventions aiming residential stability are favorable to young people who are already experiencing homelessness.

Conclusion Residential instability and homelessness imply several challenges faced by young people living with emerging psychosis concerning the access, the continuity and the quality of mental health services. Integrated interventions both to prevent or exit homelessness can be implemented to stem this problem.

KEYWORDS young adults, emerging psychosis, homelessness, residential instability, intervention, early intervention program, mental health services, health care, access to services, engagement in services

INTRODUCTION

Le phénomène de l'itinérance chez les jeunes se manifeste sous différentes formes telles que dormir dans la rue ou dans un refuge, dormir chez des amis ou bien déménager à plusieurs reprises sur une courte période. De nombreuses définitions de l'itinérance ont été proposées dans les écrits scientifiques et dans les politiques publiques. Parmi celles-ci on retient :

«... un processus de désaffiliation sociale et une situation de rupture sociale qui se manifestent par la difficulté pour une personne d'avoir un domicile stable, sécuritaire, adéquat et salubre en raison de la faible disponibilité des logements ou de son incapacité à s'y maintenir et, à la fois, par la difficulté de maintenir des rapports fonctionnels, stables et sécuritaires dans la communauté. L'itinérance s'explique par la combinaison de facteurs sociaux et individuels qui s'inscrivent dans le parcours de vie... » (ministère de la Santé et des Services sociaux [MSSS], 2014) incluant un « [...] très faible revenu, une accessibilité discriminatoire à son égard de la part des services, avec des problèmes de santé physique, de santé mentale, de toxicomanie, de violence familiale ou de désorganisation sociale et dépourvue de groupe d'appartenance stable » (MSSS, 2008), « [...] de racisme et de discrimination. La plupart des gens ne choisissent pas d'être sans-abri et l'expérience est généralement négative, stressante et pénible » (Canadian Homelessness Research Network, 2012).

D'un point de vue social, les jeunes vivant un premier épisode de psychose qui se retrouvent en situation d'itinérance ou d'instabilité résidentielle (JPEPIIR) constituent une population susceptible d'être exclue de différents secteurs de la société dont les milieux scolaires, professionnels et sociaux (Kinson et coll., 2018) ; ce qui mène en retour à la précarisation des liens sociaux et de leur situation économique et résidentielle (Gaetz et Dej, 2017). Ces jeunes peuvent vivre des passages dans divers établissements, par exemple une hospitalisation en psychiatrie, un placement en centre jeunesse ou un séjour en centre de réadaptation en dépendance. Or, la sortie de tels établissements ou le passage d'un établissement à un autre constituent souvent un point tournant dans les trajectoires des jeunes vers l'itinérance (Gaetz et Dej, 2017 ; Goyette et coll., 2019). En quittant ces milieux, les jeunes font souvent face à une rupture dans la continuité des services, n'ayant ainsi pas accès au soutien, aux ressources et aux moyens dont ils ont besoin pour développer leur autonomie. Les contextes d'itinérance et

l'instabilité résidentielle contribuent à une détérioration de la santé mentale et à une mauvaise évolution de troubles mentaux préexistants ou émergents, notamment en raison du stress associé aux conditions de vie difficiles et au risque accru d'être exposé à des expériences de victimisation (Lévesque et Abdel-Baki, 2020); reproduisant parfois des expériences traumatiques antérieures (Karabanow et Naylor, 2013). La mise en place d'interventions spécifiques et intégrées s'avère nécessaire (Doré-Gauthier et coll., 2019).

Cherchant à stimuler une réflexion chez les acteurs impliqués concernant l'organisation des services et les interventions à privilégier auprès des JPEPIIR, l'objectif du présent article est de faire un survol de la situation de ces jeunes et de leurs besoins, des défis auxquels ils font face dans leur trajectoire de soins et de différentes interventions à considérer auprès d'eux tant pour prévenir l'itinérance qu'en sortir, en mettant l'accent sur des interventions mises en œuvre au Québec dans les dernières années.

MÉTHODE

Cette revue de littérature narrative fut effectuée à partir des bases de données informatisées: *PubMed* et *Google Scholar* avec les mots clés suivants et leurs équivalents anglais: «adolescents»; «jeunes»; «jeunes adultes»; «psychose»; «premier épisode de psychose»; «premier épisode psychotique»; «psychose émergente»; «itinérance»; «précarité socio-économique»; «instabilité résidentielle»; «stabilité résidentielle»; «prévention»; «repérage»; «dépistage»; «détection précoce»; «intervention»; «intervention précoce»; «clinique de premiers épisodes»; «programme d'intervention précoce»; «services de santé»; «services de santé mentale»; «soins de santé»; «système de santé»; «services sociaux»; «protection de la jeunesse»; «utilisation des services»; «accès aux services» et «engagement dans les services». Les articles retenus sont issus de revues de littérature ou d'études primaires publiées en français ou en anglais entre 1995 et mars 2021. L'objectif de cet article se divisant en 3 thématiques, les articles ont été sélectionnés s'ils abordaient au moins une de ces thématiques: 1) situation et besoins des JPEPIIR; 2) défis auxquels font face les JPEPIIR dans leur trajectoire de soins; 3) interventions pertinentes pour les JPEPIIR. Pour ces 3 thèmes principaux, les études portant spécifiquement sur les JPEPIIR furent priorisées. En l'absence d'études spécifiques aux JPEPIIR, la littérature spécifique aux JPEPIIR

étant limitée, les études portant sur la santé mentale des jeunes en situation d'itinérance furent considérées, sinon celles d'autres populations connexes (p. ex. personnes en situation d'itinérance avec des problèmes de santé mentale sévères sans critère d'âge). Les études québécoises et canadiennes furent priorisées lorsque possible. La littérature grise québécoise et canadienne fut également explorée. Selon l'abondance de la littérature, le niveau de rigueur scientifique des études fut considéré dans l'ordre suivant : méta-analyses, revues systématiques, essais randomisés contrôlés, essais non randomisés contrôlés, études de cohortes, études cas-témoins, rapport de cas individuel et avis d'expert. Les auteurs ont une expertise clinique en intervention auprès des jeunes aux prises avec des problèmes de santé mentale sévères et plus spécifiquement auprès des JPEPIIR ainsi qu'en recherche dans ce domaine. Une vignette clinique illustrera les besoins et les défis des JPEPIIR ainsi que certaines interventions possibles lors de moments clés dans la vie d'un jeune à travers différents scénarios alternatifs.

RÉSULTATS

Survol de la situation et des besoins des JPEPIIR : Prévalence, facteurs associés et temporalité

Le risque d'instabilité résidentielle et d'itinérance chez les gens ayant un trouble mental, dont une psychose débutante, est plus important que dans la population générale et demeure élevé dans les années qui suivent les premiers contacts avec les services (Ngamini Ngui et coll., 2013). Parmi les facteurs de risques communs aux personnes ayant des troubles mentaux, la toxicomanie, les traumatismes et les conflits relationnels agissent de concert avec des forces structurelles, comme l'absence de soutien lors du départ d'institutions et le manque de logements abordables et adaptés aux besoins (Piat et coll., 2014). Les troubles cognitifs liés à la psychose (troubles des fonctions exécutives et du jugement), les symptômes psychotiques non traités ou persistants, la désorganisation de la pensée et du comportement et les difficultés au niveau des habiletés sociales contribuent également à ce que les jeunes présentant un premier épisode psychotique (JPEP) se retrouvent en situation d'itinérance et ne parviennent pas à initier ou à mettre en œuvre les solutions pour en sortir (Ouellet-Plamondon et Abdel-Baki, 2012).

Chez les jeunes adultes, sans égard à la présence d'un trouble mental, le risque d'instabilité résidentielle est accru lorsque ceux-ci ne sont pas satisfaits de leurs conditions résidentielles (Kidd et Evans, 2011). De plus, les jeunes auraient des préférences et des besoins résidentiels qui diffèrent de leurs aînés (p. ex. accès à la technologie, possibilité de vivre en colocation) (McAll et coll., 2019 ; Roy et coll., 2013). Il importe donc d'évaluer le sens que prend le logement ou l'hébergement (autonome, supervisé, avec soutien ou non) pour le jeune et les sources potentielles d'insatisfaction pouvant mener à l'instabilité résidentielle.

Les 2 seules études trouvées décrivant spécifiquement la prévalence de l'itinérance et les caractéristiques des JPEPIIR comparativement aux JPEP ayant un domicile fixe, démontrent qu'approximativement 5 % des jeunes desservis par les programmes d'intervention pour premiers épisodes psychotiques (PPEP) étaient en situation d'itinérance à l'admission (Lee et coll., 2020 ; Lévesque et Abdel-Baki, 2020). Cette situation serait plus élevée autour des hospitalisations (Drake et coll., 2011). En incluant la période avant et au cours du suivi en PPEP, près du quart des JPEP de l'étude menée à Montréal ont connu une période d'itinérance, la majorité d'entre eux, pour plus de 6 mois (Lévesque et Abdel-Baki, 2020).

Malgré le suivi régulier d'un PPEP, 60 % des JPEPIIR étaient toujours sans-abri à l'admission ou le sont redevenus au cours de la première année de suivi et 30 % au cours de la deuxième année. Ainsi, 20 % de la cohorte a connu une ou plusieurs périodes d'itinérance pendant le suivi (Lévesque et Abdel-Baki, 2020).

L'implication des services de protection de la jeunesse et les placements hors de la famille d'origine sont fréquents dans la trajectoire vers l'itinérance des JPEP (Lévesque et Abdel-Baki, 2020 ; Doré-Gauthier et coll., 2020). Lors de leur admission en PPEP, les JPEPIIR ont des contacts moins fréquents avec les membres de leur famille, souhaitent moins impliquer leur famille dans leur traitement, ont moins de soutien social, sont moins éduqués, sont moins susceptibles d'être aux études ou en emploi et ont davantage de démêlés judiciaires que les JPEP qui ne sont pas en situation d'itinérance (Lee et coll., 2020 ; Lévesque et Abdel-Baki, 2020). Quoique l'étude américaine montre que les JPEPIIR sont plus susceptibles d'appartenir à un groupe ethnique minoritaire (Lee et coll., 2020), cette différence n'est pas retrouvée dans l'étude montréalaise (Lévesque et Abdel-Baki, 2020). Cette dernière étude suggère que les JPEPIIR sont plus susceptibles d'avoir une psychose non affective, des symptômes négatifs plus sévères, une toxicomanie et une

personnalité du groupe B (selon le DSM-IV) (Lévesque et Abdel-Baki, 2020) alors que l'étude américaine (Lee et coll., 2020) ne révèle pas de portrait clinique particulier.

VIGNETTE CLINIQUE

Le parcours d'Alex

À 10 ans, Alex est pris en charge par la Direction de la protection de la jeunesse et perd tout contact avec sa mère malade, qui décède peu après. Il réside dans plusieurs familles d'accueil de sa région du Bas-Saint-Laurent, puis en foyers de groupe des centres jeunesse. À 16 ans, il entame les recherches pour retracer son père biologique qu'il retrouve, après quoi il maintient des contacts téléphoniques réguliers avec lui. À l'aube de ses 18 ans, deux orientations sont possibles : vivre en appartement ou chez son père biologique. Il ne se sent prêt pour aucune de ces options. De nombreuses discussions ont lieu entre Alex, l'intervenant et son père ; on décide qu'un déménagement chez ce dernier constitue la meilleure option.

Alex arrive chez son père et sa belle-mère qui habitent sur la Rive-Sud de Québec, mais, après quelques mois, il ne se sent plus à l'aise dans cette situation. Ils ne se connaissent pas et il questionne son choix. Il se sent déprimé et anxieux face à son avenir alors que son père insiste pour qu'il se trouve un emploi, ce qui amène des conflits et le pousse à augmenter sa consommation de cannabis. Il s'isole de plus en plus et passe ses journées dans sa chambre. En regardant le mur, il voit apparaître de plus en plus souvent des symboles qu'il voyait occasionnellement depuis l'âge de 16 ans et qui semblent raconter l'histoire de sa mère biologique. Il est bouleversé par cette expérience et anxieux d'autant plus qu'il ne veut plus penser à sa mère. Il décide d'aller au CLSC consulter une psychologue pour son anxiété. On l'informe qu'il est inscrit sur une liste d'attente et qu'il sera contacté éventuellement. À son retour, son père et sa conjointe lui demandent de se prendre en main. Alex n'en peut plus de la pression. Il quitte inopinément pendant la nuit et va dormir sur un banc de parc. Le lendemain il dort sur le divan d'un nouvel ami rencontré au parc. Il se questionne sur le sens des symboles et il conclut qu'il doit rapidement quitter la ville. Il décide de s'installer à Québec dans un refuge pour un temps.

Alex fréquente le refuge de Québec depuis plusieurs semaines, mais limite ses contacts avec les intervenants au minimum. Les symboles obstruent de plus en plus sa vision et lui apparaissent pour le prévenir d'un danger qui le guette. Il doit quitter le refuge et trouver un logement pour se protéger. Un intervenant du refuge lui présente quelques possibilités d'hébergements : 1) un foyer de groupe temporaire dans un organisme communautaire pour les jeunes où l'acceptation se fait conditionnellement au développement d'un projet de vie (travail/études) et où la consommation de drogues est interdite ; 2) une maison de chambre où, après avoir payé le loyer, il ne disposerait que de 200 \$ pour le reste du mois. Il choisit tout de même cette deuxième option, car il doit « à tout

prix se protéger» et fumer son joint de cannabis le soir l'apaise. Il est soulagé d'avoir trouvé un toit. Il continue à fréquenter des ressources communautaires pour ses repas, sinon il se retrouve dans sa chambre, isolé et découragé car il n'a presque plus d'argent. Les symboles sont partout.

Trajectoire de soins dans les services de santé : Les défis auxquels font face les jeunes en situation d'instabilité résidentielle ou d'itinérance

Malgré leur niveau de détresse psychologique élevé, les jeunes en situation d'itinérance ou d'instabilité résidentielle peinent à obtenir des services de santé mentale et des services sociosanitaires dans un délai raisonnable par rapport à l'ensemble des jeunes (Barker et coll., 2015; Gaetz et coll., 2016). Les répercussions sont d'autant plus marquantes qu'elles surviennent durant une période cruciale de leur développement : la transition à la vie adulte. L'instabilité résidentielle et les conditions de vie précaires complexifient leur parcours au sein du système de santé et retardent leur accès à des services de santé mentale appropriés (Robards et coll. 2018).

Difficultés d'accès aux services

La seule étude trouvée ayant étudié les trajectoires d'accès aux soins des JPEPIIR indique que lors de leur premier contact avec les services de santé mentale, ils étaient plus susceptibles de s'autoréférencer, d'être référés par les forces de l'ordre ou les services médicaux d'urgence et moins susceptibles d'être référés par un membre de la famille (Lee et coll., 2020).

Chez les jeunes en général et plus particulièrement chez les jeunes en situation d'itinérance, la rapidité de réponse des services à une demande est primordiale, un délai trop long pouvant entraîner le refus des services par le jeune (Westin et coll., 2014; Nicholas et coll., 2016a; Robards et coll., 2018). La distance à parcourir pour accéder aux services, les coûts associés aux déplacements, l'accueil, les lieux physiques (conçus pour les jeunes, inclusifs), les critères d'admission restrictifs et les heures d'ouverture limitées comptent parmi les barrières d'accès (Robards et coll., 2018; Brown et coll., 2016). Les divisions entre les services de santé (généraux/spécialisés, jeunesse/adulte), entre les secteurs gouvernementaux et entre les milieux communautaires et institutionnels freinent également l'accès aux services, puisqu'elles

contraignent le jeune à multiplier ses démarches pour combler ses besoins de base, pour améliorer sa qualité de vie et pour obtenir un service de santé mentale (Robards et coll., 2018; Brown et coll., 2016).

Le contexte d'instabilité résidentielle constitue lui-même un obstacle pour accéder aux services (difficulté à conserver les pièces d'identité, absence de moyen de communication, changements fréquents de numéro de téléphone) et/ou peut mener à la fermeture de dossiers (Barker et coll., 2015). Tant pour les jeunes en situation d'itinérance que les jeunes à risque de l'être, la présence d'un réseau social soutenant est associée à une plus grande disposition à aller chercher de l'aide et à des perceptions plus positives des services (Martin et Howe, 2016). À l'inverse, un mince filet social minimise les possibilités pour les équipes traitantes de rester en contact avec un jeune. Un réseau social plus limité retarde l'identification du problème de santé mentale et prive le jeune d'un soutien et d'une guidance pour naviguer dans le système de santé (Edidin et coll., 2012).

Ruptures dans la continuité des services

Pour les jeunes en général, les divisions au sein du système de santé et de services sociaux augmentent les risques de bris dans la continuité entre ces services, notamment lors de la transition entre les services destinés aux jeunes (p. ex. protection de la jeunesse, pédopsychiatrie) (Goyette et coll., 2019) et les services pour adultes ou entre les territoires sociosanitaires lorsqu'un jeune passe d'une région à une autre (Fleury et Grenier, 2012). Une rupture dans la continuité des services ou un mauvais arrimage lors du transfert laissent le jeune en situation de précarité et sans réseau de soutien pour l'appuyer dans ce cheminement, à un moment où le développement de l'autonomie et les apprentissages propres à la transition à la vie adulte ne sont pas consolidés (Goyette et coll., 2019). Des difficultés dans la sphère de l'autonomie financière et résidentielle (p. ex. gestion du budget, préparation de repas), à ce moment de la trajectoire développementale, peuvent réduire la satisfaction et la stabilité en logement des JPEP (Roy et coll., 2013).

La planification du congé psychiatrique est plus souvent inadéquate chez les personnes itinérantes avec triple problématique (p. ex. schizophrénie, toxicomanie et trouble de personnalité), comparativement à celles qui n'ont qu'une ou 2 de ces problématiques (Caton, 1995). Or, 3 fois plus de jeunes ayant un vécu d'itinérance présentent ce triple diagnostic (Lévesque et Abdel-Baki, 2020), ce qui met à mal la continuité entre les services d'urgences, d'hospitalisation en psychiatrie

et les services externes en santé mentale. En effet, les jeunes et les intervenants communautaires soulignent que les congés de l'hôpital sont souvent émis plus rapidement et sans plan de suivi autre que des références vers des refuges (Réseau d'intervention de proximité auprès des jeunes de la rue [RIPA]), 2021).

Qualité des services et engagement des jeunes dans les services

Les JPEP seraient particulièrement à risque de se désengager des services de santé mentale (Lal et Malla, 2015) qui ne sont pas adaptés aux enjeux développementaux de la transition à la vie adulte et ne tiennent pas compte des besoins du jeune dans sa globalité (Hamdani et coll., 2011). La présence de besoins variés chez les jeunes en situation d'itinérance requiert une intensité plus élevée de services et plus de temps à consacrer aux interventions. Plus spécifiquement, les expériences de maltraitance ou les relations familiales conflictuelles entraînent des difficultés à faire confiance à autrui; ce qui représente un défi important pour l'engagement dans les services. Le lien de confiance se développe au fil des interactions et est facilité par la continuité du lien dans le temps, la disponibilité, la flexibilité et la facilité à obtenir des rencontres (Robards et coll., 2018; Brown et coll., 2016). Pour un bon nombre de jeunes sans-abri, la méfiance envers les institutions et le système de santé et de services sociaux résulterait des mauvaises expériences passées. Ces expériences peuvent dissuader certains jeunes d'entamer des démarches subséquentes (Nicholas et coll., 2016 a).

Certains sous-groupes de jeunes sont plus susceptibles de vivre des expériences de discrimination au sein des services soit: les jeunes en situation d'itinérance; les jeunes sans-emploi/éducation/formation; les jeunes lesbiennes, gays, bisexuels, trans, queer ou toute autre identité, orientation ou réalité (LGBTQ+); les jeunes issus de communautés culturelles diverses; les jeunes autochtones; les jeunes vivant dans des milieux ruraux et les jeunes en situation de handicap (Filia et coll., 2021, Grattan et coll., 2021; Robards et coll., 2018). De plus, certains sous-groupes sont touchés de manière disproportionnée par l'itinérance tels que les jeunes autochtones (30 %); les jeunes issus de minorités visibles (28 %) ainsi que les jeunes LGBTQ+ (29 %) (Gaetz et coll., 2016).

Toutefois, l'offre d'une diversité dans les modalités de services (interventions dans le milieu de vie, interventions de proximité, échanges téléphoniques et messages textes, cliniques dans la communauté), la possibilité de se présenter sans rendez-vous et la présence de

plusieurs services dans un même emplacement, une approche amicale et bienveillante; une communication directe et transparente; un ton soutenant et encourageant; la confiance mutuelle, le respect, l'écoute et les opportunités de développer l'autonomie, les compétences et l'identité sont favorables à l'engagement des jeunes en général, mais plus particulièrement des jeunes marginalisés (Robards et coll., 2018; Brown et coll., 2016).

Comment aider les JPEPIIR à éviter ou à sortir de l'itinérance? Interventions visant la prévention de l'itinérance

Comment travailler en amont et de manière concertée avec les JPEP afin de prévenir l'itinérance?

Accompagnement dans la transition à la vie adulte

Les pratiques visant à renforcer les facteurs de protection contre l'instabilité résidentielle chez les jeunes tels que le développement de l'autonomie, l'apprentissage des activités de la vie domestique (impliquant parfois des approches de réadaptation en santé mentale vu les troubles cognitifs) et le soutien offert dans la transition vers la vie adulte, contribuent à la prévention de l'itinérance. Le transfert entre les services jeunesse et adulte est un aspect important à considérer puisqu'il survient lors de cette période critique de développement. La transition à la vie adulte est une période décrite dans la littérature comme à grand risque de rupture de services et d'instabilité résidentielle (Goyette et coll., 2019). Une approche de prévention ciblée vise à rejoindre les jeunes dans certains milieux à partir desquels ils sont particulièrement susceptibles de vivre de l'instabilité résidentielle telle que les services de protection de la jeunesse, de pédopsychiatrie et l'hospitalisation en psychiatrie.

En effet, les jeunes sortant des centres jeunesse seraient particulièrement à risque d'itinérance: 45 % des jeunes sortis de placement considèrent leur situation résidentielle comme temporaire, 32 % se trouvent en situation d'instabilité résidentielle et 20 % affirment avoir vécu une situation d'itinérance depuis la fin de leur placement (Goyette et coll., 2019). Conséquemment, au Québec, certains projets visant le développement de l'autonomie des jeunes furent développés tels que le Développement des apprentissages à la vie Adulte (DAVA) par le CIUSSS Centre-sud-de-l'île-de-Montréal (Robillard, 2017), le projet Aspire par le CIUSSS de l'Ouest-de-l'île-de-Montréal (Touzin, 2017),

l'outil Plan de cheminement vers l'autonomie (Association des centres jeunesse du Québec, 2014) et le Programme qualification des jeunes (Institut national d'excellence en santé et en services sociaux [INESSS], 2018). Ils sont généralement offerts aux jeunes de 16 à 19 ans en amont de la fin de suivi en protection de la jeunesse. La Commission Laurent recommande de prolonger la durée de ces programmes jusqu'à l'âge de 25 ans (Commission spéciale sur les droits des enfants et la protection de la jeunesse [CSDEPJ], 2021).

Le développement de l'autonomie peut être plus complexe pour les jeunes souffrant de problèmes de santé mentale plus sévères tels que les JPEP. Quelques initiatives de foyers de groupe affiliés au réseau de la santé et des services sociaux pour les jeunes de 16 à 21 ans suivis en pédopsychiatrie/psychiatrie pour des troubles mentaux sévères et suivis par les services de protection de la jeunesse visent à faciliter la transition entre les services offerts aux jeunes et aux adultes par le biais d'interventions de soutien au développement de l'autonomie lors de la transition à la vie adulte comme la résidence Paul-Pau (Bisson et coll., 2012). Néanmoins, il existe peu d'outils et de programmes de prévention de l'instabilité résidentielle pour accompagner les jeunes une fois qu'ils ont quitté les centres jeunesse en refusant initialement l'aide.

SITUATION ALTERNATIVE 1

Accompagnement dans la transition à la vie adulte

[...] À l'aube de ses 16 ans, Alex discute avec son intervenant au foyer de groupe des possibilités qui s'offrent à lui lorsqu'il aura atteint la majorité. Alex avoue ne pas se sentir prêt à vivre seul en appartement et ne pas trop savoir par où commencer dans toutes les démarches à faire. Son intervenant lui parle d'un outil qui pourrait l'aider à préciser son plan de cheminement vers l'autonomie (PCA) et à mettre en place le soutien dont il a besoin. On lui présente aussi une équipe d'intervention du Projet de qualification des jeunes (PQJ) qui l'accompagnera dans sa transition vers la vie adulte, et ce, même au-delà de ses 18 ans. Vers 17 ans, Alex se confie à son intervenant et dit avoir plus de difficulté à se concentrer ces derniers temps. En étudiant pour un examen, il nomme avoir vu un symbole étrange sur son mur et s'être senti très anxieux pour le reste de la soirée. Avec l'accord d'Alex, son intervenant organise une évaluation avec le PPEP de sa région avec qui il entre en contact directement par téléphone. Accompagné de son intervenant, il se présente au PPEP pour une rencontre initiale moins d'une semaine plus tard. Le PPEP propose à Alex un suivi en collaboration avec son intervenant du PQJ, pour l'aider non seulement avec ses expériences liées à la psychose qu'il qualifie lui-même d'étranges et angoissantes, mais aussi pour le soutenir dans l'atteinte de ses objectifs de vie, dont terminer ses études et vivre

éventuellement de façon autonome. À ses 18 ans, une transition en appartement supervisé d'un organisme communautaire pour les jeunes lui est proposée. Cela le rassure, d'autant plus que l'équipe du PPEP et celle du PQJ travaillent aussi en collaboration avec eux et qu'il pourra rencontrer d'autres jeunes.

Repérage des situations d'instabilité résidentielle

Le repérage des situations d'instabilité résidentielle chez les jeunes peut avoir lieu dans les services sociaux et de santé, les milieux scolaires, les services de protection de la jeunesse ou tout autre milieu susceptible d'accueillir des jeunes en situation d'instabilité résidentielle (Sohn et Gaetz, 2020). Une diversité de situations peut mener à l'itinérance. La situation sociale et résidentielle des jeunes devrait toutefois faire l'objet d'une évaluation et d'interventions adaptées lors des contacts avec les services sociaux et de santé. Une telle approche vise à la fois à identifier les jeunes à risque d'itinérance en dépistant les situations d'instabilité résidentielle et en offrant aux jeunes le soutien dont ils ont besoin le plus rapidement possible. Par exemple, au Québec, l'Instrument de repérage et d'identification des situations résidentielles instables et à risque (IRIS) est un outil intéressant dans la prévention de l'itinérance (Hurtubise et coll., 2019).

SITUATION ALTERNATIVE 2

Repérage des situations d'instabilité résidentielle, évaluation des besoins du jeune et arrimage avec le soutien adapté

[...] Lors de l'évaluation au PPEP à 18 ans, Alex répond à un bref questionnaire (IRIS) qui indique un risque élevé d'instabilité résidentielle. Tout en stabilisant son état mental à l'aide de la médication offerte par le psychiatre et les interventions de groupe au PPEP, l'équipe approfondit l'évaluation de la situation résidentielle dans le but de lui offrir du soutien et éviter qu'il se retrouve en situation d'itinérance. Son intervenant lui offre des interventions de proximité là où il habite afin d'évaluer l'état des lieux (p. ex. si son logement est adéquat et répond à ses besoins) et de déterminer s'il a besoin de soutien pour développer son autonomie. Elle visite son studio et constate que son frigo est presque vide, que le logement est mal entretenu, qu'il n'a pas le matériel requis pour cuisiner et qu'il dort sur un matelas de camping étendu au sol avec un drap sale pour se couvrir, n'ayant comme autres meubles qu'une table et une chaise. Il admet ne s'être jamais préparé de repas, car il ne sait pas cuisiner. Elle propose alors à Alex une évaluation fonctionnelle par une collègue ergothérapeute à la

clinique; celle-ci pourra déterminer ses forces et ses difficultés et s'il a besoin d'une aide pour acquérir les habiletés requises pour vivre de façon autonome ainsi que le type de soutien et l'intensité requise. À la suite de cette démarche, on lui propose de l'assistance pour avoir accès à un appartement subventionné et supervisé où il aura le soutien d'un intervenant qui le visitera régulièrement et l'aidera avec son logement et sa situation globale. Outre l'accès à un logement abordable, cet organisme travaille en partenariat avec la clinique pour l'aider à reprendre ses objectifs de vie, le soutenir pour maintenir son logement, l'encourager à s'impliquer activement dans son rétablissement et à participer à son suivi en santé mentale. L'intervenant de cet organisme peut l'aider à acquérir les habiletés requises pour vivre de façon autonome, ce qu'il n'a pas appris et ce qu'il déduit plus difficilement seul vu les troubles cognitifs liés à la psychose (planification, jugement, résolution de problème). Le PPEP soutient l'intervenant de l'organisme communautaire pour mieux comprendre les impacts de la psychose et l'outille dans ses interventions. Alex est ravi, son rêve va se réaliser grâce à ce soutien. Il préfère nettement que ce soit l'intervenant communautaire que celui du PPEP qui se « mêle des affaires de logement »; il se sent comme les autres jeunes qui sont aidés par l'organisme, mais qui n'ont pas nécessairement de trouble de santé mentale.

Organisation des services et interventions auprès des jeunes en situation d'instabilité résidentielle ou d'itinérance

Approches à privilégier en intervention

Les JPEPIIR ont besoin d'une plus grande diversité de services pour combler leurs besoins psychosociaux (Lee et coll., 2020). La vision globale et les interventions prennent en compte l'expérience subjective de la personne tout en considérant les aspects structurels et relationnels des situations qui influencent les conditions de vie, les valeurs, les aspirations, les comportements, les difficultés et le pouvoir d'agir (Lamoureux et coll., 2012). L'implication des familles et des proches dans les services et les interventions familiales telles que préconisées par les PPEP s'avèrent pertinentes notamment pour faciliter la reprise des contacts avec la famille, favoriser le développement d'un réseau social ou mettre en place un filet de sécurité. Le soutien par les pairs aidants est une composante importante de l'intervention auprès des JPEPIIR qui est basée sur le partage du vécu expérientiel d'une personne ayant une expérience similaire tout en ayant assez de recul pour devenir un modèle positif. Le partage d'expériences suscite l'espoir chez le jeune; ce qui contribue à son engagement dans les services puis à son rétablissement (Robinson et coll., 2010).

«L'approche sensible aux traumatismes» cherche à minimiser le risque de nouvelles expositions à un traumatisme en tenant compte des besoins de sécurité physique et émotionnelle de la personne et de l'importance de la liberté de choisir et d'avoir un contrôle sur les services reçus (Agence canadienne de la santé publique [ACSP], 2018). L'approche centrée sur les forces permet la prise en compte des singularités et des forces du jeune. Elle valorise le développement de l'autonomie et de la reprise de pouvoir sur sa vie (Rapp et Goscha, 2012); ce qui s'applique bien dans le contexte de la transition à la vie adulte qui comporte plusieurs étapes importantes du développement de l'autonomie.

Centres de services intégrés en santé mentale pour les jeunes

Ces centres pour les jeunes de 12 à 25 ans, période d'émergence de la majorité des troubles mentaux, regroupent en un même endroit des services de santé mentale et physique et différents services psychosociaux (études, travail, logement, renseignements sur l'aide financière et juridique). L'accessibilité physique (près des transports en commun ou des lieux fréquentés par les jeunes) et sociale (avec ou sans rendez-vous, services de soir ou de fin de semaine) ainsi que la participation des jeunes dans le développement des services sont au cœur de ces modèles d'organisation tels *Headspace* (Australie), *Youth One Stop Shops* (Nouvelle-Zélande), *ACCESS-EO* (Canada), *Foundry* (Colombie-Britannique) et Aires ouvertes (Québec). Les centres de services intégrés tels que Aire Ouverte représentent des portes d'entrée qui permettent de réduire les délais d'accès à un service de santé mentale dont le PPEP en détectant précocement et en accompagnant les JPEP vers ces services. Les PPEP sont également des services intégrés, directement accessibles par les JPEP, visant à leur faciliter l'obtention de plusieurs services sociaux et de santé requis au même endroit.

Partenariats, travail en réseau et intersectorialité

La mise en place d'un contexte organisationnel favorable au développement de partenariats et au travail en réseau entre les milieux institutionnels et communautaires est primordiale. Il favorise le partage mutuel d'expertises et l'adaptation continue des interventions et des services aux besoins émergents (Comité jeunes et familles vulnérables de la région de Montréal, 2019). Outre les milieux communautaires et institutionnels, il est pertinent de mobiliser l'ensemble des réseaux formels et informels du jeune afin de mettre en place un filet de sécurité

(INESSS, 2018). Les communications et la cohérence des interventions entre les services peuvent être facilitées par la présence d'équipes ou d'agents de liaison pour faire le pont entre les différents services. Par exemple, au Québec, le Réseau d'intervention de proximité auprès des jeunes de la rue (RIPAJ) regroupe plus d'une vingtaine de ressources des milieux communautaires et institutionnels venant en aide aux jeunes en situation d'instabilité résidentielle. Les partenariats entre les ressources facilitent l'accès aux services de santé mentale, mais également aux autres services du RIPAJ (Morisseau-Guillot et coll., 2020).

SITUATION ALTERNATIVE 3

Accès aux services PPEP facilité par le développement de partenariats

Dans un centre de jour où il va dîner fréquemment, Alex accepte de répondre aux questions de Sam, un intervenant très calme et respectueux de son rythme. Naturellement, Sam constate qu'Alex est méfiant et qu'il s'isole des autres personnes qui se présentent au centre de jour. Initialement, il le questionne sur des sujets peu engageants. Rapidement, Sam communique par courriel avec Marie, l'intervenante du PPEP associée à son organisme communautaire, pour lui dire qu'il est en contact avec un jeune adulte qui aura besoin des services du PPEP. Lors de son prochain passage hebdomadaire au Refuge, Marie se montrera disponible si Alex et Sam souhaitent lui parler de façon informelle lorsqu'elle sera assise à la cafétéria. Alex n'est pas intéressé cette fois-ci. Sam restera en contact avec Marie qui lui offre son soutien pour aider Alex et éventuellement, pour faire une demande d'aide au PPEP. Marie outille Sam à détecter et à intervenir face aux premiers signes de psychose. Marie confirme à Sam qu'elle sera disponible très rapidement, si Alex est ouvert à une rencontre, à l'endroit où il le voudra pour faciliter l'engagement.

Interventions auprès des jeunes qui se trouvent en situation d'itinérance

Comment soutenir les jeunes qui se trouvent en situation d'itinérance ?

Modèles d'interventions intensives de proximité pour JPEPIIR présentant une toxicomanie

L'intervention de proximité implique d'aller vers les jeunes et accorde de l'importance à l'établissement du lien de confiance. Les interventions de proximité dans les organismes communautaires facilitent l'accès aux services par la collaboration entre les milieux pour arrimer

le jeune à un service. Elles favorisent également la continuité et la qualité des services par le biais de références plus appropriées aux besoins des jeunes et par des interventions concertées entre les équipes de santé mentale et les organismes communautaires (Abdel-Baki et coll., 2019). Au Québec, une telle approche a été mise en œuvre depuis 2012 par l'Équipe d'intervention intensive de proximité (ÉQIIP SOL) de la clinique JAP du Centre hospitalier de l'Université de Montréal (Doré-Gauthier et coll., 2019) et un travail similaire est proposé par le Suivi Intensif en Intervention Précoce (SIIP) de la Clinique Notre-Dame des Victoires, de l'Institut Universitaire en santé mentale de Québec. Ces équipes s'ajoutent à une clinique d'intervention précoce pour la psychose et visent la stabilité résidentielle ainsi que l'amélioration de l'accès et de la continuité des services de santé mentale des JPEPIIR ayant une toxicomanie concomitante; ces facteurs étant imbriqués et contribuant à la chronicisation des problèmes. Par le biais d'interventions intégrées et intensives dans la communauté, la collaboration et le soutien des ressources communautaires et institutionnelles partenaires pour maintenir la stabilité en hébergement et la santé mentale des jeunes, l'ÉQIIP SOL a permis de réduire de moitié la durée de l'instabilité résidentielle des jeunes comparativement aux services réguliers d'intervention précoce. Dans cette étude, s'appuyant sur la littérature antérieure (Frederick et coll., 2014), «... la stabilité résidentielle a été définie comme (1) un hébergement (autonome ou supervisé) où le jeune a vécu au cours des 3 derniers mois et qui n'est pas un refuge d'urgence ou un logement temporaire pour les personnes sans-abri ou les personnes en crise, ou (2) un logement où le jeune a résidé pendant au moins 1 mois et souhaite rester au moins 6 mois à 1 an (une preuve telle qu'un bail devrait être disponible)». (Doré-Gauthier et coll., 2020) Les interventions ont aussi contribué à diminuer les séjours à l'urgence et les durées d'hospitalisation (Doré-Gauthier et coll., 2020).

SITUATION ALTERNATIVE 4

Intervention intensive de proximité auprès des JPEPIIR et présentant une toxicomanie concomitante. Trajectoire de soutien en hébergement

En absence de traitement adéquat, l'état mental d'Alex se dégrade et il ne va presque plus au centre de jour où Sam travaille. Il s'y présente finalement, le visage amaigri et demande de l'aide à Sam pour voir un spécialiste, car il affirme que sa vision est particulière. Il accepte que Sam contacte Marie du PPEP. Le

lendemain matin, Marie et Alex se rencontrent avant l'ouverture dans le centre de jour partenaire. Dans la même semaine, il accepte de venir rencontrer le psychiatre à la clinique pour parler de son problème de vision. Dans les semaines qui suivent, Marie aide Alex à stabiliser sa situation en hébergement auprès d'un foyer de groupe communautaire partenaire, mais la ressource constate qu'Alex consomme beaucoup de drogues, qu'il ne veut pas réduire sa consommation, et ce, malgré l'augmentation des hallucinations qui en résultent et qui le font souffrir. On rapporte aussi qu'il est très peu autonome dans ses activités de la vie quotidienne et domestique en lien avec des difficultés à comprendre les tâches, à les planifier et au niveau de sa mémoire; ce qui nécessite beaucoup trop de supervision pour ce que peut offrir l'organisme. Il a failli déclencher un incendie en fumant dans sa chambre. Constatant qu'il a besoin d'une aide plus spécialisée, Marie remplit alors avec l'accord d'Alex une demande d'hébergement de réadaptation du réseau de la santé. Deux mois après son admission au PPEP, lors d'un séjour de 2 semaines en hospitalisation, il débute les groupes thérapeutiques du PPEP et rencontre des jeunes qui ont des expériences similaires aux siennes. Il s'attache aussi aux pairs aidants de l'équipe; ce qui contribue grandement à son engagement dans le plan de traitement. Au congé de son hospitalisation, il intègre un foyer de groupe du réseau de la santé afin de travailler ses habiletés pour devenir autonome en logement. Il est soulagé qu'on y tolère la consommation de drogues et qu'on le soutienne pour travailler cet aspect à son rythme vu l'impact sur sa santé et sur sa vie.

Interventions visant la stabilité résidentielle avec accompagnement

Les interventions visant la stabilité résidentielle et l'amélioration des conditions de vie contribuent à l'amélioration de la santé mentale et à la qualité de vie du jeune (Barker et coll., 2015; Goering et coll., 2014). Elles sont bénéfiques pour l'accès aux services puisqu'elles assurent un contexte favorable pour initier une demande d'aide et en faire le suivi (Nicholas et coll., 2016b; Barker et coll., 2015). La stabilité du contexte est également bénéfique pour l'engagement du jeune dans les services puisqu'elle permet des contacts plus réguliers avec les services. L'Intervention en temps critique (*Critical Time Intervention*; CTI) est une intervention temporaire qui cible une problématique précise (p. ex. la recherche et le maintien d'un logement) durant les périodes de transition nécessitant un besoin accru de soutien tel qu'au moment d'un congé de l'hôpital (Tomita et Herman, 2015). L'approche Logement d'abord, opérationnalisée au Québec en tant que Stabilité résidentielle avec accompagnement vise à donner un accès immédiat à un logement permanent et à des services d'accompagnement. Cette approche préconise l'autodétermination et le choix en matière de

logement et le renforcement des compétences et de l'autonomie (McAll et coll., 2019).

D'autres modèles visant la stabilité résidentielle permettent aux jeunes d'acquérir les habiletés pour vivre en logement de façon autonome. On retrouve des foyers de groupe ou appartements supervisés offerts par les organismes communautaires (Morisseau-Guillot et coll., 2020) ou le réseau d'hébergement de la santé et des services sociaux. Il est primordial que ces organismes aient l'expertise pour bien répondre aux besoins spécifiques des jeunes, en particulier de ceux qui se retrouvent souvent en situation d'itinérance. Sans cette « spécialisation » et sans les ressources humaines suffisantes, les JPEP se retrouvent souvent à nouveau à la rue, expulsés de façon répétée des organismes dont ils ne parviennent pas à respecter les règles (Lévesque et Abdel-Baki, 2020). Plusieurs auteurs notent que le risque d'instabilité résidentielle et les besoins des jeunes en matière d'inclusion sociale et professionnelle demeurent importants dans les années suivant la transition en logement (Kidd et coll., 2016).

SITUATION ALTERNATIVE 5

Intervention visant la stabilité résidentielle avec accompagnement

Lors de sa troisième hospitalisation, Alex et Marie font plusieurs demandes d'hébergement. Les foyers de groupe temporaires et les appartements réguliers ne conviennent pas aux besoins d'Alex pour différentes raisons, et il est évident qu'un retour dans un refuge est à proscrire puisque cela ne fera qu'aggraver ses problèmes de santé mentale par le stress associé à ce mode de vie. Il n'aime plus vivre avec d'autres personnes et être obligé de suivre un horaire de réveil qui ne lui convient pas. Aussi, il n'a pas le droit de fumer dans sa chambre et doit respecter un couvre-feu. À 20 ans, il est « rendu ailleurs ! » L'accès à un logement abordable avec du soutien grâce à un organisme qui offre un programme de type Logement d'abord, semble être la meilleure option pour Alex à long terme voire la seule qui lui convient. D'une part, il souhaite avoir son propre logement pour préserver sa liberté et son intimité et d'autre part, il bénéficie d'un soutien pour développer son autonomie et un coût de loyer très bas. Une fois les démarches complétées, Marie et Alex rencontrent le nouvel intervenant Max du programme Logement d'abord et établissent un plan conjoint ensemble afin de clarifier les rôles de chaque équipe et planifier les interventions qui seront faites à domicile. Alex est très heureux d'avoir enfin un logement stable. Accompagné de son intervenant, il achète ses meubles et ira faire sa première épicerie sous peu avec lui. En ce qui concerne sa santé mentale, il se sent beaucoup moins fragile depuis qu'il a un endroit où vivre qui correspond à ses besoins et qui est

stable et sécuritaire. Il est enfin satisfait de sa situation de logement ; ce qui le motive à en prendre bien soin, avec ses habiletés acquises par le passé et en collaboration avec Max.

À chaque étape de la vie d'un jeune, diverses interventions peuvent contribuer à prévenir l'itinérance et éviter une dégradation de sa situation. Vu l'ampleur du phénomène de l'itinérance et de l'instabilité résidentielle chez les JPEP et leurs ramifications, les solutions envisageables ne peuvent relever uniquement des PPEP et doivent passer par la collaboration entre les différents acteurs que croise un jeune dans sa trajectoire. Ces acteurs incluent les organismes communautaires, les différents secteurs gouvernementaux (santé et services sociaux, judiciaires, de l'éducation, de l'emploi et de la solidarité sociale ainsi que les familles et les proches). L'optimisation des ressources existantes doit passer par le développement de partenariats tel que ceux du RIPAJ, et s'appuyer non seulement sur des valeurs similaires, mais sur des rencontres régulières d'échanges et des interventions concertées, conjointes et complémentaires (Morisseau-Guillot et coll., 2020). Sans une telle synergie, il est difficile d'avoir une vision préventive et globale, le travail des acteurs impliqués auprès du jeune, se faisant alors en silo.

DISCUSSION

Cette revue de littérature souligne à quel point l'itinérance et la santé mentale des jeunes, incluant celle des JPEP, sont des phénomènes complexes. La présence de plusieurs facteurs qui s'influencent mutuellement ; qui se situent à différents niveaux (de l'individuel au macro-social) ; qui touchent une grande diversité des champs disciplinaires (politique, économie, sociologie, travail social, psychologie, médecine, etc.) et qui impliquent une pluralité d'acteurs et de perspectives (du vécu expérientiel des jeunes aux orientations des politiques sociales) représentent un défi majeur tant pour la recherche que pour l'organisation des services et les interventions qui se traduit par une rareté des études qui traitent de l'entière du phénomène.

L'absence de consensus concernant la définition de l'itinérance chez les jeunes ainsi que ses impacts sur les méthodes d'échantillonnage et les échantillons, contribuent à rendre difficile la comparaison entre les études et entre les différents sous-groupes surreprésentés de cette population. Il est pertinent d'approfondir les enjeux qui leur sont plus

spécifiques tant pour l'organisation des services que lors de l'évaluation de l'effet des interventions en tenant compte de variations potentielles à travers ces sous-groupes. L'impact de l'intersectionnalité sur les jeunes appartenant à plus d'un des sous-groupes surreprésentés gagne également à être étudié davantage.

Quoique la littérature portant sur la santé mentale des jeunes incluant celle des JPEP soit abondante, les études épidémiologiques ont tendance à sous-représenter les jeunes en situation d'itinérance ou d'instabilité résidentielle en raison de leurs conditions de vie instables et/ou de l'absence d'un domicile qui les rend plus difficiles à joindre. Peu d'études sur l'utilisation des services de santé mentale chez les jeunes en situation d'itinérance sont spécifiques aux JPEP. Quoiqu'il y ait plus d'études portant sur les enjeux d'accès aux services, celles sur l'engagement sont rares alors que certaines spécificités propres aux JPEP justifient une exploration particulière, notamment en ce qui a trait à l'articulation entre ces deux concepts.

Il est pertinent de demeurer sensible à l'influence du contexte des JPEP et comment celui-ci interfère avec leur engagement dans les services. Les facteurs structurels et les conditions de vie dans lesquels évoluent les jeunes et leurs impacts sur l'engagement dans les services ne sont pas suffisamment explorés dans la littérature (Barello et coll., 2014). De plus, la perspective des jeunes et plus particulièrement des JPEP et de leurs familles à l'égard des services n'a pas encore été suffisamment explorée. Une compréhension plus large et holistique devrait prendre en compte l'ensemble des éléments ayant un rôle à jouer, c'est-à-dire le vécu expérientiel du jeune; son réseau social; les intervenants et les professionnels de la santé; les organismes fréquentés dans la communauté; les interventions et les outils pertinents selon les situations et les services disponibles du système de santé et des services sociaux.

Le biais de subjectivité des auteurs dans la sélection des articles constitue une des limites de cette revue narrative, quoique les critères de sélection et la méthodologie de recherche décrite permettent de le circonscrire. L'accent mis sur le contexte canadien et surtout québécois notamment au niveau des interventions, en limite la généralisation à d'autres contextes et juridictions. Par ailleurs, l'étendue et la complexité des sujets abordés ne permettent pas de les explorer en profondeur, mais plutôt d'avoir une vue d'ensemble sur les enjeux impliqués et les interventions auprès des JPEPIIR.

CONCLUSION

Les équipes de santé mentale, notamment les PPEP, peuvent contribuer à prévenir et à réduire l'itinérance et ses conséquences chez les JPEP dont les parcours de vie ont été fragilisés. Ces équipes doivent elles-mêmes bénéficier de formation, des ressources et des conditions nécessaires pour mener à bien une telle mission. Dans les centres urbains où l'on retrouve une plus grande concentration de personnes en situation d'itinérance, des sous-équipes spécialisées peuvent aider à atteindre cet objectif efficacement. La prévention et la lutte à l'itinérance, incluant chez les jeunes, ont pris une place de plus en plus importante dans les politiques publiques québécoises et ailleurs dans le monde dans la dernière décennie. Malgré tout, les constats recensés dans le présent article mettent en lumière que les efforts pour endiguer le phénomène de l'instabilité résidentielle doivent être repensés pour se dégager d'une logique réactive ou d'urgence, et plutôt viser une approche préventive, intersectorielle et globale. Une telle approche nécessite la participation et la concertation des jeunes eux-mêmes, des familles, des ressources communautaires et institutionnelles, des ministères et du milieu de la recherche.

RÉFÉRENCES

- Abdel-Baki, A., Aubin, D., Morisseau-Guillot, R., Lal, S., Dupont, M.-È., Bauco, P., ... Iyer, S. N. (2019). Improving mental health services for homeless youth in downtown Montreal, Canada: Partnership between a local network and ACCESS Esprits ouverts (Open Minds), a National Services Transformation Research Initiative. *Early Intervention in Psychiatry*, 13(S1), 20-28. doi: 10.1111/eip.12814
- Agence canadienne de la santé publique. (2018). *Approches tenant compte des traumatismes et de la violence – politiques et pratiques*. Ottawa: gouvernement de l'Ontario. <https://www.canada.ca/fr/santepublique/services/publications/securite-et-risque-pour-sante/approches-traumatismes-violencepolitiques-pratiques.htm>
- Association des centres jeunesse du Québec. (2014). *Guide d'accompagnement pour la mise en œuvre du Plan du cheminement vers l'autonomie*. Québec: Association des centres jeunesse du Québec. <http://pca.msss.gouv.qc.ca/doc/GuidePCA29avril2014.pdf>
- Barello, S., Graffigna, G., Vegni, E. et Bosio, A.C. (2014). The challenges of conceptualizing patient engagement in health care: a lexicographic literature review. *Journal of Participatory Medicine*, 6(11), 259-267.
- Barker, B., Kerr, T., Nguyen, P., Wood, E. et DeBeck, K. (2015). Barriers to health and social services for street-involved youth in a Canadian setting. *Journal of public health policy*, 36(3), 350-363. doi: 10.1057/jphp.2015.8

- Bevington, D., Fuggle P. et Fonagy, P. (2015). Applying attachment theory to effective practice with hard-to-reach youth: the AMBIT approach. *Attachment et Human Development*, 17(2), 157-174. doi: 10.1080/14616734.2015.1006385
- Bisson, J., Leblanc, Y., Boisvert, A., Lesage, A., Leduc, L., Nikolova, R. et Rolland, M. (2011). *Rapport d'évaluation du Programme de transition Paul-Pau pour les jeunes de 16 à 20 ans*. Institut universitaire en santé mentale de Montréal, présenté dans le cadre du Colloque interétablissement en psychiatrie et en santé mentale à Québec, mars 2012, Québec.
- Brown, A., Rice, S.M., Rickwood, D.J. et Parker, A.G. (2016). Systematic review of barriers and facilitators to accessing and engaging with mental health care among at-risk young people. *Asia – Pacific Psychiatry*, 8(1), 3-22. doi: 10.1111/appy.12199
- Canadian Homelessness Research Network. (2012). *The Canadian Definition of Homelessness*: Canadian Homelessness Research Network. <https://homelesshub.ca/sites/default/files/COHhomelessdefinitionFR.pdf>
- Caton, C. L. (1995). Mental health service use among homeless and never-homeless men with schizophrenia. *Psychiatr Serv* 46 (11), 1139-1143. <https://doi.org/10.1176/ps.46.11.1139>
- Comité jeunes et familles vulnérables de la région de Montréal. (2019). *L'itinérance jeunesse: L'importance de la transition à la vie adulte lors d'un passage à la protection de la jeunesse*. Présenté à la Commission spéciale sur les droits des enfants et la protection de la jeunesse. Repéré à: https://rsiq.net/wpcontent/uploads/2020/02/mecc81moire_itinerance_jeunesse_final.pdf
- Commission Laurent. (2021). *Commission spéciale sur les droits des enfants et la protection de la jeunesse* (CSDEPJ), Québec. file:///C:/Users/Julie/Documents/Doctorat/Colloques%20et%20autres%20r%C3%A9alisations/Articles/Sant%C3%A9%20mentale%20au%20Qu%C3%A9bec/Documentation%20autre/2021_CSDEPJ_Rapport_comission%20laurent%20version_finale_numerique.pdf
- Doré-Gauthier, V., Côté, H., Jutras-Aswad, D., Ouellet-Plamondon, C. et Abdel-Baki, A. (2019). How to help homeless youth suffering from first episode psychosis and substance use disorders? The creation of a new intensive outreach intervention team. *Psychiatry Research*, 273 (1), 603-612. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2019.01.076>
- Doré-Gauthier, V., Miron, J.-P., Jutras-Aswad, D., Ouellet-Plamondon, C. et Abdel-Baki, A. (2020). Specialized assertive community treatment intervention for homeless youth with first episode psychosis and substance use disorder: A 2-year follow-up study. *Early Intervention in Psychiatry*, 14(2), 203-210. <https://doi.org/10.1111/eip.12846>
- Drake, R.E., Caton, C.L., Xie, H., Hsu, E., Gorroochurn, P., Samet, S. et Hasin, D.S. (2011). A prospective 2-year study of emergency department patients with early-phase primary psychosis or substance-induced psychosis. *Am J Psychiatry*, 168(7), 742-748. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2011.10071051>
- Edidin, J.P., Ganim, Z., Hunter, S.J. et Karnik, N.S. (2012). The mental and physical health of homeless youth: a literature review. *Child Psychiatry and Human Development*, 43, 354-375. doi: 10.1007/s10578-011-0270-1

- Filia, K., Menssink, J., Gao, C.X., Rickwood, D., Hamilton, M., Hetrick, S.E., Parker, A.G., Herrman, H., Hickie, I., Sharmin, S., McGorry, P.D. et Cotton, S.M. (2021). Social inclusion, intersectionality, and profiles of vulnerable groups of young people seeking mental health support. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 1-10. <https://doi.org/10.1007/s00127-021-02123-8>
- Fleury, M.-J. et Grenier, G. (2012). *État de la situation sur la santé mentale au Québec et réponse du système de santé et de services sociaux*. Commissaire à la santé et au bien-être, gouvernement du Québec. https://www.csbe.gouv.qc.ca/fileadmin/www/2012/SanteMentale/CSBE_EtatSituation_SanteMentale_2012.pdf
- Frederick, T.J., Chwalek, M., Hughes, J., Karabanow, J. et Kidd, S. (2014). How stable is stable? Defining and measuring housing stability. *Journal of Community Psychology*, 42(8), 964-979. doi: 10.1002/jcop.21665
- Gaetz, S. et Dej, E. (2017). *A new direction: A framework for homelessness prevention*. Canadian Observatory on Homelessness Press. https://www.homelesshub.ca/sites/default/files/attachments/COHPreventionFramework_1.pdf
- Gaetz, S., O'Grady, B., Kidd, S. et Schwan, K. (2016). *Without a Home: The National Youth Homelessness Survey*. Toronto: Canadian Observatory on Homelessness Press. Repéré à : <https://www.homelesshub.ca/sites/default/files/attachments/WithoutAHome-final.pdf>
- Goering, P., Veldhuizen, S., Watson, A., Adair, C., Kopp, B., Latimer, E., Nelson, G., MacNaughton, E., Streiner, D. et Aubry, T. (2014). *National At Home/Chez Soi Final Report*. Calgary: Mental Health Commission of Canada. https://www.mentalhealthcommission.ca/sites/default/files/mhcc_at_home_report_national_cross-site_eng_2_0.pdf
- Goyette, M., Bellot, C., Blanchet, A. et Silva-Ramirez, R. (2019). *Stabilité résidentielle, instabilité résidentielle et itinérance des jeunes quittant un placement substitut pour la transition à la vie adulte. Étude longitudinale sur le devenir des jeunes placés*. Chaire de recherche du Canada sur l'évaluation des actions publiques à l'égard des jeunes et des populations vulnérables (CREVAJ), Étude sur le devenir des jeunes placés (EDJeP). Consultez-le-rapport-en-cliquant-ici.pdf (edjep.ca)
- Grattan, R.E., Tryon, V.L., Lara, N., Gabrielian, S.E., Melnikow, J. et Niendam, T.A. (2021). Risk and Resilience Factors for Youth Homelessness in Western Countries: A Systematic Review. *Psychiatric Services*, appi-ps. doi: 10.1176/appi.ps.202000133
- Hamdani, Y., Jetha, A. et Norman, C. (2011). Systems thinking perspectives applied to healthcare transition for youth with disabilities: a paradigm shift for practice, policy and research. *Child Care, Health and Development*, 37(6), 806-814. doi: 10.1111/j.1365-2214.2011.01313
- Hurtubise, R., Camara, S., et Benoit, R. (2019). *IRIS - Instrument de repérage et d'identification des situations résidentielles instables et à risque*. Montréal, Centre de recherche de Montréal sur les inégalités sociales, les discriminations et les pratiques alternatives de citoyenneté (CREMIS), CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal. <https://cremis.ca/publications/dossiers/outils-de-reperage-de-linstabilite-residentielle/iris-instruments-de-reperage-et-didentification-des-situations-residentielles-instables-et-a-risque/>

- Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS). (2018). *Portrait des pratiques visant la transition à la vie adulte des jeunes résidant en milieu de vie substitut au Québec*. Rapport rédigé par Sophie Bernard, INESSS, gouvernement du Québec. https://www.inesss.qc.ca/fileadmin/doc/INESSS/Rapports/ServicesSociaux/INESSS_Portrait_transition_vie_adulte.pdf
- Karabanow, J. et Naylor, T. (2013). *Pathways Towards Stability: Young People's Transition Off the Streets. Youth homelessness in Canada: Implications for policy and practice*, 39-52.
- Kidd, S. A. et Evans, J. D. (2011). Home Is Where You Draw Strength and Rest: The Meanings of Home for Houseless Young People. *Youth et Society*, 43(2), 752-773. doi:10.1177/0044118x10374018
- Kidd, S., Frederick, T., Karabanow, J., Hughes, J., Naylor, T. et Barbic, S. (2016). A Mixed Methods Study of Recently Homeless Youth Efforts to Sustain Housing and Stability. *Child et Adolescent Social Work Journal*, 33(3), 207-218. doi:10.1007/s10560-015-0424-2
- Kinson, R. M., Hon, C., Lee, H., Abdin, E. B. et Verma, S. (2018). Stigma and discrimination in individuals with first episode psychosis; one year after first contact with psychiatric services. *Psychiatry Research*, 270, 298-305. doi: <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2018.09.044>
- Lal, S. et Malla, A. (2015). Service Engagement in First-Episode Psychosis: Current Issues and Future Directions. *Can J Psychiatry*, 6(8), 341-345. doi:10.1177/070674371506000802
- Lamoureux, H., Fontaine, A., Parazelli, M., Labbé, F., Relais-Femmes, Gauvin, A., Dusablon, S. et Beaulieu, M. (2012). *L'approche globale. Contexte et enjeux*. Réflexions d'un collectif d'auteurs. Québec: Regroupement des organismes communautaires 03 (ROC 03).
- Lee, R., Scodes, J., van der Ven, E., Alves-Bradford, J.-M., Mascayano, F., Smith, S. et Dixon, L. (2020). Sociodemographic, clinical and help-seeking characteristics of homeless young people with recent onset of psychosis enrolled in specialized early intervention services. *Early Intervention in Psychiatry*. doi:10.1111/eip.13028
- Lévesque, I. S. et Abdel-Baki, A. (2020). Homeless youth with first-episode psychosis: A 2-year outcome study. *Schizophrenia Research*, 216, 460-469. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2019.10.031>
- Martin, J.K., et Howe, T.R. (2016). Attitudes toward mental health services among homeless and matched housed youth. *Child & Youth Services*, 37(1), 49-64. doi:10.1080/0145935X.2015.1052135
- McAll, C., Roy, L., Coulombe, S., Doucet, M.J. et Keays, N. (2019). *L'approche globale en accompagnement résidentiel. Un projet portant sur les différentes pratiques en accompagnement résidentiel des populations en situation d'itinérance ou à risque au Québec*. Centre de recherche de Montréal sur les inégalités sociales, les discriminations et les pratiques alternatives de citoyenneté (CREMIS), CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal. https://api.cremis.ca/wp-content/uploads/2020/04/rapport-sra_final.pdf
- Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2008). *L'itinérance au Québec: Cadre de référence*. Ministère de la santé et des services sociaux. <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2008/08-846-01.pdf>

- Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2014). *Mobilisés et engagés pour prévenir et réduire l'itinérance: Plan d'action interministériel en itinérance 2015-2020*. Ministère de la santé et des services sociaux.
<https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2014/14-846-02W.pdf>
- Morisseau-Guillot, R., Aubin, D., Deschênes, J.M., Gioia, M., Malla, A., Bauco, P., Dupont, M.-È. et Abdel-Baki, A.A. (2020). Promising Route Towards Improvement of Homeless Young People's Access to Mental Health Services: The Creation and Evolution of an Outreach Service Network in Montréal. *Community Ment Health J*, 56(2), 258-270. doi: 10.1007/s10597-019-00456-y.
- Ngamini Ngui, A., Cohen, A. A., Courteau, J., Lesage, A., Fleury, M.-J., Grégoire, J.-P., ... Vanasse, A. (2013). Does elapsed time between first diagnosis of schizophrenia and migration between health territories vary by place of residence? A survival analysis approach. *Health et Place*, 20 (0), 66-74. <http://dx.doi.org/10.1016/j.healthplace.2012.12.003>
- Nicholas, D.B., Newton, A.S., Calhoun, A. ... et Shankar, J. (2016a). The experiences and perceptions of street-involved youth regarding emergency department services. *Qual Health Res*, 26(6), 851-862. doi: 10.1177/1049732315577605
- Nicholas, D.B., Newton, A.S., Kilmer, C. ... et Smyth, P. (2016b). The experiences of emergency department use by street-involved youth: Perspectives of health care and community service providers. *Social Work in Health Care*, 55(7), 531-544. <https://doi.org/10.1080/00981389.2016.1183553>
- Ouellet-Plamondon, C. et Abdel-Baki, A. (2011). Jeune urbain... mais psychotique: L'importance du travail de proximité. *Santé mentale au Québec*, 36 (2), 33-51. <https://doi.org/10.7202/1008589ar>
- Piat, M., Polvere, L., Kirst, M., Voronka, J., Zabkiewicz, D., Plante, M.-C.,... Goering, P. (2014). Pathways into homelessness: Understanding how both individual and structural factors contribute to and sustain homelessness in Canada. *Urban Studies*. doi: 10.1177/0042098014548138
- Rapp, C.A. et Goscha, R.J. (2012). *The Strengths Model: A Recovery-Oriented Approach to Mental Health Services* (3e éd.). Oxford University Press.
- Réseau d'intervention de proximité auprès des jeunes de la rue (RIPAJ). (2021). *Effets de la pandémie sur la santé mentale des jeunes en situation de grande précarité ou d'itinérance et recommandations pour le plan d'action en santé mentale 2021-2026*. Mémoire du Réseau d'intervention de proximité auprès des jeunes de la rue de Montréal (RIPAJ), Montréal.
- Robards, F., Kang, M., Usherwood, T. et Sanci, L. (2018). How marginalized young people access, engage with, and navigate health-care systems in the digital age: systematic review. *Journal of Adolescent Health*, 62(4), 365-381. doi: 10.1016/j.jadohealth.2017.10.018
- Robillard, M. (2017). *Modèle d'accompagnement DAVA - Développement des apprentissages à la vie adulte*. Centre intégré universitaire de santé et des services sociaux du Centre-Sud de Montréal. <https://ciussss-centresudmtl.gouv.qc.ca/sites/ciusssscsmatl/files/media/document/Sch%C3%A9ma%20mod%C3%A9lisation%20DAVA.pdf>
- Robinson, J., Bruxner, A., Harrigan, S., Bendall, S., Killackey, E., Tonin, V., Monson, K., Thurley, M., Francey, S. et Yung, A.R. (2010). Study protocol: the develop-

- ment of a pilot study employing a randomised controlled design to investigate the feasibility and effects of a peer support program following discharge from a specialist first-episode psychosis treatment centre. *BMC psychiatry*, 10(1), 1-7. doi: 10.1186/1471-244X-10-37
- Roy, L., Rousseau, J., Fortier, P. et Mottard, J. P. (2013). Housing and home-leaving experiences of young adults with psychotic disorders : a comparative qualitative study. *Community Mental Health Journal*, 49(5), 515-527. doi: <http://dx.doi.org/10.1007/s10597-012-9531-0>
- Sohn, J. et Gaetz, S. (2020). *The Upstream Project Canada: An Early Intervention Strategy to Prevent Youth Homelessness et School Disengagement*. Canadian Observatory on Homelessness Press. <https://www.homelesshub.ca/sites/default/files/attachments/UPSTREAM%5BEarlyIntervention%5D2020.pdf>
- Tomita, A. et Herman, D.B. (2015). The Role of a Critical Time Intervention on the Experience of Continuity of Care Among Persons With Severe Mental Illness After Hospital Discharge. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 203(1), 65-70. <https://doi.org/10.1097/NMD.0000000000000224>
- Touzin, C. (2012, 1er décembre). Préparer la vie après la DPJ. *La Presse*. <https://www.lapresse.ca/actualites/201712/01/01-5145514-preparer-la-vie-apres-la-dpj.php>
- Westin, A.M.L., Crystal L. Barksdale, C.L. et Stephan, S.H. (2014). The Effect of Waiting Time on Youth Engagement to Evidence Based Treatments. *Community Ment Health J*, 50(2), 221-228. doi: 10.1007/s10597-012-9585-z

Les interventions psychosociales destinées aux personnes composant avec un premier épisode psychotique : une revue narrative et critique

Elisabeth Thibaudeau^a

Delphine Raucher-Chéné^b

Laurent Lecardeur^c

Caroline Cellard^d

Martin Lepage^e

Tania Lecomte^f

RÉSUMÉ Objectifs Les guides de soins pour le traitement des troubles psychotiques recommandent plusieurs interventions basées sur les données probantes. Celles-ci ciblent différents domaines, incluant notamment l'autogestion des symptômes cliniques, les relations sociales, familiales et amoureuses ainsi que le fonctionnement cognitif. Toutefois, ces guides généraux ne soulignent pas les

-
- a. Institut universitaire en santé mentale Douglas, Université McGill — Département de psychiatrie, Université McGill, Montréal.
 - b. Institut universitaire en santé mentale Douglas, Université McGill, Montréal, Canada — Laboratoire Cognition, Santé et Société (C2S; EA 6291), Université de Reims Champagne-Ardenne — Département de psychiatrie, Hôpital universitaire de Reims, EPSM Marne, Reims.
 - c. Psychologue, Nice, France.
 - d. École de psychologie, Université Laval — Centre de recherche CERVO, Québec.
 - e. Institut universitaire en santé mentale Douglas, Université McGill — Département de psychiatrie, Université McGill, Montréal.
 - f. Département de psychologie, Université de Montréal — Centre de recherche de l'Institut universitaire en santé mentale de Montréal.

données probantes spécifiques aux personnes composant avec un premier épisode psychotique (PEP). L'objectif de cette revue narrative et critique est de présenter les données soutenant les interventions validées auprès des personnes composant avec un PEP, en considérant particulièrement les interventions validées en langue française.

Méthode Suivant les guides cliniques internationaux et nationaux, une revue narrative et critique des écrits scientifiques réalisée chez les personnes composant avec un PEP et portant sur 2 interventions recommandées pour les troubles psychotiques, la thérapie cognitive-comportementale pour la psychose (TCCp) et la remédiation cognitive (RC), a été effectuée. Par ailleurs, l'engagement via des modalités d'administration adaptées au profil des participants étant central dans ce type d'intervention, nous avons exploré 2 modalités prometteuses dans le PEP, le format groupal et l'utilisation des technologies numériques.

Résultats L'utilisation de la TCCp auprès des personnes composant avec un PEP est appuyée par plusieurs études, notamment une québécoise. Les bénéfices apportés par la RC semblent moindres pour les PEPs, comparativement aux stades ultérieurs des troubles psychotiques (p. ex. schizophrénie). Néanmoins, ces études présentent des limites et les personnes composant avec un PEP semblent pouvoir bénéficier de certains acquis spécifiques. Concernant les interventions groupales ainsi que les technologies numériques, la plupart des interventions actuellement disponibles nécessitent d'être validées de façon plus systématique, et répliquées par d'autres groupes de chercheurs afin d'obtenir un soutien empirique plus probant.

Conclusion Cette revue narrative et critique souligne la validité empirique de la TCCp et de la RC chez les personnes composant avec un PEP. La modalité groupale, dispensée dans plusieurs interventions dédiées à cette population, présage des résultats encourageants, alors que les interventions utilisant les technologies numériques, ayant montré leur acceptabilité et faisabilité, restent à valider en termes d'efficacité. En plus de contribuer au rétablissement symptomatique, les interventions psychosociales soutiennent le rétablissement fonctionnel et personnel des personnes composant avec un PEP. Malgré tout, des limites sont notées sur le plan de l'accessibilité à ces interventions. Alors que différentes interventions ne sont actuellement pas disponibles en français, certaines interventions probantes et disponibles ne sont pas appliquées de façon systématisée. Ces limites suggèrent l'importance de développer une science de la mise en œuvre des interventions afin de favoriser le transfert des données issues de la recherche vers les milieux cliniques ainsi qu'une organisation des soins favorisant l'accès à des professionnels de la santé dédiés à ces approches.

MOTS CLÉS premier épisode psychotique, intervention psychosociale, rétablissement

Psychosocial Interventions for People with a First-Episode Psychosis: a Narrative and Critical Review

ABSTRACT Objective Treatment guidelines for the treatment of psychotic disorders suggest evidence-based interventions. These interventions target several domains such as self-management of clinical symptoms, social, familial and love relationships as well as cognitive functioning. However, these general guidelines do not provide specific evidence for people with a first-episode psychosis (FEP). The objective of this narrative and critical review is to present evidence supporting the interventions suggested by the treatment guidelines that were validated in people with a FEP, particularly those interventions validated in French.

Method Based on the international and national treatment guidelines, a narrative and critical review of the scientific literature conducted in people with FEP and focusing on two recommended interventions for psychotic disorders, cognitive-behavioral therapy for psychosis (CBTp) and cognitive remediation (CR), was performed. Administration modalities adapted to the participant's profile are important to consider in this type of intervention. We thus explored two promising modalities in people with FEP, the group format and the use of digital technologies.

Results Several studies support the use of CBTp in people with FEP, including one Quebec study. The effects of CR are less promising in people with FEP compared to those with a chronic evolution of their psychotic illness (e.g. schizophrenia). However, some limitations of the included studies are identified and the specific improvements in people with FEP are presented. Regarding the group format and the digital technologies, most interventions currently available need to be systematically validated, and the results need to be replicated by other groups of researchers to obtain evidence-based results.

Conclusion This narrative and critical review of the literature highlights the evidence available for CBTp and CR in people with FEP. The group format used in several interventions with this population reveals encouraging results, while interventions using digital technologies have shown their acceptability and feasibility, but the efficacy remains to be assessed. In addition to contributing to symptomatic recovery, psychosocial interventions also support functional and personal recovery in people with FEP. Nonetheless, some limitations are observed regarding the accessibility of such interventions. While some interventions are currently not available in French, other available evidence-based interventions are not currently systematically used in clinical settings. These limitations call for the importance of developing an implementation science for these interventions to improve the transfer of results from research to clinical settings as well as a service organization model that promote or facilitate access to such interventions.

KEYWORDS first-episode psychosis, psychosocial intervention, recovery

Introduction

La survenue d'un premier épisode psychotique (PEP), débutant généralement à l'adolescence ou au début de l'âge adulte, représente un tournant important dans toutes les sphères de la vie. Le PEP peut provoquer un bouleversement majeur dans la trajectoire scolaire, professionnelle, sociale, familiale, amoureuse et dans l'acquisition de l'autonomie (Malla, Norman et Jooper, 2005). Afin de diminuer les impacts associés au PEP, l'intervention précoce représente une pierre angulaire des soins. Alors que les données probantes quant aux interventions chez les personnes à haut risque de psychose demandent à être mieux établies (Moritz et coll., 2019), les interventions précoces pour le PEP ont montré leur efficacité pour améliorer la réponse aux traitements pharmacologiques (Lecardeur, 2019; Perkins, Gu, Boteva et Lieberman, 2005), diminuer les coûts associés à l'utilisation des services et à la perte de productivité (Coentre, Talina, Góis et Figueira, 2017; Penn, Waldheter, Perkins, Mueser et Lieberman, 2005) et améliorer le pronostic sur le plan symptomatique et fonctionnel (Boonstra et coll., 2012; Tang et coll., 2014).

Les interventions offertes aux personnes composant avec un PEP doivent tenir compte des facteurs multidimensionnels caractérisant ce diagnostic, et ce, sur le plan psychiatrique, psychologique, cognitif, physique et social. L'intervention doit donc cibler l'ensemble de ces facteurs, de façon personnalisée, afin d'engager ces jeunes dans leurs soins, de leur permettre de gagner un sentiment de contrôle, et de les accompagner vers leur rétablissement. Diverses interventions psychosociales visant ces facteurs ont été validées, notamment en langue française, et sont appuyées par les données probantes. En 2017, un groupe d'experts a créé le guide de l'Association des Psychiatres du Canada (CPA) pour le traitement de la schizophrénie, basé sur les lignes directrices du *National Institute for Care Excellence* (NICE), incluant une section portant sur les interventions psychosociales pour les troubles psychotiques (Lecomte, Mian, Abidi et Normal, 2017; Norman, Lecomte, Addington et Anderson, 2017). Toutefois, ces lignes directrices ne portent pas directement sur le PEP.

Notre objectif était donc de réaliser une revue narrative et critique des écrits scientifiques décrivant les principales interventions psychosociales disponibles pour les personnes avec un PEP. Cette revue a été orientée par les recommandations NICE et CPA et cible plus spécifiquement deux types d'intervention, la thérapie cognitive-compor-

tementale pour la psychose (TCCp) et la remédiation cognitive (RC), ainsi que 2 modalités prometteuses pour cette population, l'approche groupale et les technologies numériques. Pour chaque intervention, les données empiriques disponibles sont d'abord présentées, puis la pertinence et l'application clinique auprès de la clientèle PEP sont abordées.

Méthode

Des recherches sur MEDLINE ont été effectuées en ciblant les mots clés *schizophrenia*, *psychosis*, « *first-episode* », « *early psychosis* », « *CBT for psychosis* », « *cognitive remediation* », « *digital technology* » et « *remote* ». Les résultats issus de méta-analyses et revues systématiques, lorsque disponibles, ont été préconisés. Pour chacune des interventions, les données probantes en lien avec le PEP sont présentées, suivies par la pertinence pour cette clientèle ainsi qu'une description de l'application clinique. Pour les interventions groupales et technologiques, une description brève du soutien empirique et de l'application des interventions est proposée. Une attention particulière a été portée aux interventions disponibles en français, identifiées par l'acronyme ^{FR}. D'autres interventions recommandées par les guides NICE et CPA, tel que le soutien à l'emploi ou aux études et l'intervention familiale, seront abordées dans d'autres articles de ce numéro. Également, le guide CPA recommande l'entraînement aux habiletés sociales dans le contexte de longues hospitalisations, ou de difficultés sociales importantes, ce qui est moins fréquent dans le contexte du PEP. Ces interventions ne seront donc pas abordées.

1. La thérapie cognitive-comportementale

Efficacité de la TCCp

Globalement, la TCCp obtient des résultats probants et offre un complément nécessaire aux traitements pharmacologiques, particulièrement lorsqu'elle est initiée tôt (Alvarez-Jiménez et coll., 2009).

Une métarevue (Lecomte et coll., 2019) suggère que les études comparant la TCCp à une autre intervention offrent une taille d'effet petite à moyenne sur la diminution des symptômes psychotiques et généraux, avec une bonne qualité d'études (modérée). Bien qu'aucune méta-analyse n'ait ciblé spécifiquement le PEP, l'effet de la TCCp a

toutefois été testé auprès de ce groupe. Elle montre une supériorité par rapport au traitement usuel sur les symptômes positifs (Morrison et coll., 2020) et négatifs (Sönmez et coll., 2020), et sur la psychopathologie générale, des résultats qui se maintiennent après 18 mois (Tarrier et coll., 2004). Toutefois, son effet n'est pas supérieur au traitement usuel pour les symptômes dépressifs ou l'estime de soi (Sönmez et coll., 2020).

La TCCp permettrait de diminuer le trauma en lien avec le fait d'avoir connu un PEP (Jackson et coll., 2009), de réduire le temps passé en hospitalisation (Jolley et coll., 2003) et de réduire le risque de survenue d'un deuxième épisode (Alvarez-Jiménez, Parker, Hetrick, McGorry et Gleeson, 2011). Des résultats similaires sont observés quand elle est associée à une intervention familiale (Stafford et coll., 2015).

Sur le plan fonctionnel, la TCCp permet d'améliorer significativement le fonctionnement global (Francey et coll., 2020), ainsi que le rétablissement subjectif (Morrison et coll., 2020) et la qualité de vie (Francey et coll., 2020).

Dans une étude longitudinale, les personnes plus jeunes présentant un PEP tiraient moins de bénéfices de la TCCp que celles qui étaient plus âgées (Tarrier et coll., 2004). L'intervention a été adaptée (Müller et coll., 2020), entraînant une diminution durable (24 mois) des idées délirantes et des symptômes négatifs, ainsi qu'une amélioration du fonctionnement.

Pertinence et application de la TCCp

Les expériences psychotiques surviennent chez un individu vulnérable quand ses capacités de gestion des stressseurs environnementaux sont dépassées et résultent de perturbations de ses mécanismes de traitement de l'information, notamment de perception et de raisonnement (nommées biais cognitifs). Ainsi, ce n'est pas la situation vécue qui produit l'expérience psychotique, mais l'évaluation personnelle qu'en fait l'individu, en fonction de ces biais. De nombreux symptômes (tableau 1) peuvent être sous-tendus par ces évaluations erronées.

TABLEAU 1

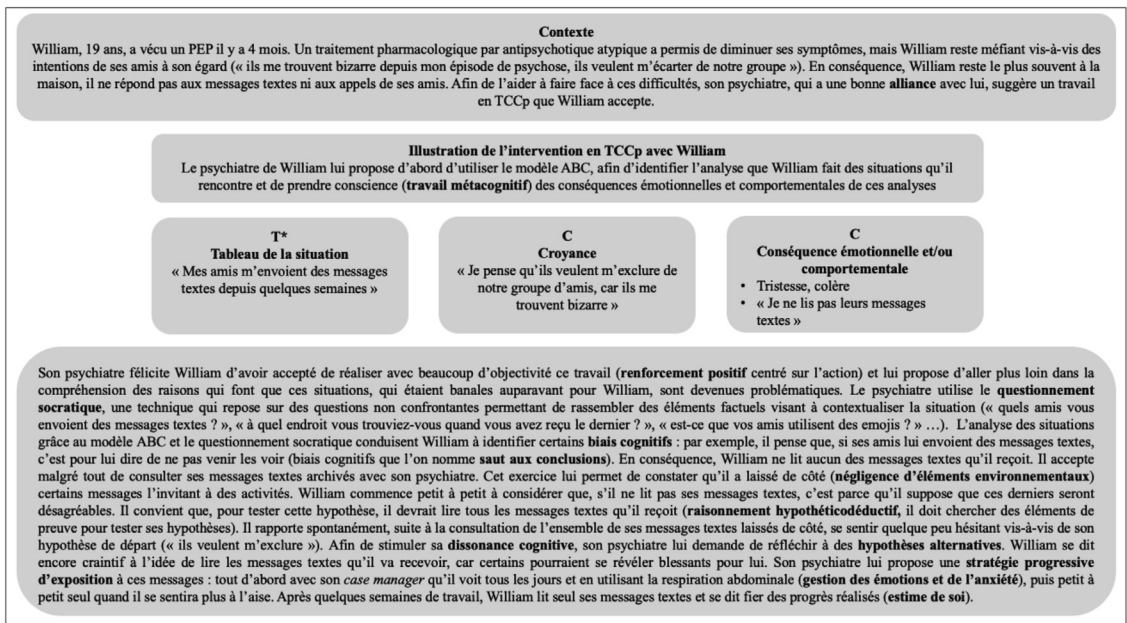
**Illustration du lien de causalité entre les symptômes
et l'évaluation des situations**

Symptôme	Situation	Évaluation personnelle de la situation	Conséquence émotionnelle et/ou comportementale
Hallucination cénesthésique	« Je sens une pression au niveau de mon foie »	« Je crois que mon organe se déplace »	• Peur • « Je demande à passer une échographie »
Idée de persécution	« Je n'ai pas de courrier dans ma boîte aux lettres »	« On a déplacé mon courrier pour m'empêcher de le lire »	• Colère • « Je vais demander des explications au facteur »
Idée de grandeur	« La boulangère me sourit quand elle me donne mon pain »	« Elle sait que je suis un personnage important de la communauté »	• Fierté • « Je demande à mes parents qu'ils reconnaissent mon statut »
Alogie	« Au souper de Noël, mon cousin me demande ce que j'aime comme films »	« Il va trouver que je n'ai rien d'intéressant à dire »	• Infériorité • « Je ne réponds pas »
Apathie/anhédonie	« Le médecin me demande de faire du sport pour perdre du poids »	« Comme d'habitude, je ne vais pas y prendre plaisir »	• Découragement • « Je ne bouge pas de ma chambre »
Mésestime	« Le statut Facebook de mon ami Éric montre qu'il a une nouvelle blonde »	« Ce genre de belle rencontre ne m'arrivera jamais »	• Tristesse • « Pas la peine de faire d'effort dans mon habillement »

La TCCp a pour objectif d'entraîner l'individu à évaluer de manière différente les situations auxquelles il est confronté. Selon les situations, le thérapeute et l'individu pourront travailler les divers éléments présentés ci-dessous et qui sont illustrés par un exemple clinique (figure 1) :

- La prise de recul face à ses pensées (c'est-à-dire la métacognition) ;
- L'analyse perceptive, afin de réduire la négligence d'éléments environnementaux ;
- L'identification de facteurs précipitants ou perpétuant les symptômes ;
- L'identification de biais de raisonnement (p. ex. saut aux conclusions) notamment grâce au questionnement socratique ;
- La dissonance cognitive en combinant différentes hypothèses explicatives ;
- Le raisonnement hypothético-déductif ;

FIGURE 1
Illustration d'un travail thérapeutique en TCCp



* L'abréviation TCC en français est inspirée du modèle anglophone ABC : A : Antecedent ; B : Belief ; C : Consequence.

- La motivation à se confronter à de nouvelles situations ;
- La gestion des émotions et de l'anxiété ;
- La stigmatisation, l'autostigmatisation et l'estime de soi ;
- La mise en situation, utilisant les outils présentés précédemment dans le milieu de vie.

La TCCp requiert d'abord l'instauration et le maintien d'une alliance thérapeutique de qualité, ainsi que la formalisation individuelle du cas et la définition d'objectifs personnalisés. Par la suite, la TCCp implique un travail collaboratif du thérapeute et de la personne, centré sur des objectifs thérapeutiques contractualisés ainsi que la mise en place et le maintien d'un plan de traitement structuré. Le traitement inclut différentes techniques telles que la psychoéducation et la normalisation des expériences psychotiques, le développement d'une banque de stratégies d'adaptation personnelles et des mises en situation régulières dans la vie quotidienne afin de tester les stratégies développées en séance. La TCCp nécessite de mettre l'accent sur les

facteurs de détresse et d'amenuisement de l'estime de soi, et vise une autogestion éventuelle des symptômes.

Conditions de mise en place et futur de la TCCp. Les bénéfices attendus de la TCCp semblent réduits lorsqu'elle est offerte trop tôt (c.-à-d. dans les premiers jours suivant l'hospitalisation), comparative-ment aux études ayant débuté la TCCp au moment où les participants étaient moins désorganisés (Lewis et coll., 2002). Également, les personnes avec un PEP font face à plusieurs défis sur les plans psychologique et social. C'est pourquoi des études récentes testent l'effet de programmes de TCCp sur les relations amoureuses (Hache-Labelle et coll., 2020), la qualité de vie (Müller et coll., 2020), les symptômes posttraumatiques (Brand, McEnery, Rossell, Bendall et Thomas, 2018), l'estime de soi (Sönmez et coll., 2020) et certains symptômes psychotiques spécifiques comme les idées délirantes (Freeman et coll., sous presse).

De nombreux facteurs récents (p. ex. pandémie de COVID-19) ou plus anciens et bien connus (p. ex. disparités territoriales de l'offre de soins, changement de lieu de résidence, faible nombre de professionnels formés à la TCCp) ont montré les limites de certains programmes actuels. Ces questions plaident en faveur d'une rationalisation du nombre de séances proposées, d'une sélection des outils utilisés ainsi qu'une implémentation dématérialisée, afin de fournir au plus grand nombre cette intervention efficace (Kopelovich et Turkington, 2020).

La remédiation cognitive (RC)

Efficacité de la RC

La méta-analyse de Revell, Neill, Harte, Khan et Drake (2015) a évalué l'efficacité de la RC chez les personnes avec un PEP. Les résultats montrent une taille d'effet faible, mais significative pour l'apprentissage et la mémoire verbale, le fonctionnement et la symptomatologie. Cette méta-analyse met toutefois en évidence une taille d'effet faible et non significative pour le fonctionnement cognitif global et des tailles d'effet faibles pour plusieurs processus cognitifs. Ces résultats suggèrent que les personnes avec un PEP bénéficient moins de la RC, sur le plan cognitif, que les personnes composant avec une schizophrénie chronique (Vita et coll., 2021 ; Wykes, Huddy, Cellard, McGurk et Czobor, 2011). Toutefois, plusieurs études dans cette méta-analyse incluent des participants qui n'avaient pas de déficits cognitifs avant de débiter le

traitement, pouvant ainsi limiter l'ampleur des tailles d'effet observées. De plus, seulement 4 études combinent la RC avec un programme de réhabilitation psychosociale (p. ex. soutien vocationnel) alors que cette combinaison est connue pour entraîner des bénéfices plus importants sur le fonctionnement (Vita et coll., 2021; Wykes et coll., 2011).

La revue systématique de Seccomandi, Tsapekos, Newbery, Wykes et Cella (2020) a tenté d'identifier les caractéristiques individuelles pouvant prédire la réponse à la RC dans les troubles psychotiques afin de personnaliser l'intervention. Cette revue a identifié 5 catégories de variables modératrices, dont les variables démographiques, qui comprennent l'âge. Les résultats révèlent que l'âge n'influence pas systématiquement la réponse thérapeutique. La plus récente méta-analyse sur l'efficacité de la RC révèle également l'absence d'effet modérateur de l'âge ou de la durée de la maladie sur la réponse à la RC (Vita et coll., 2021). Une meilleure compréhension du rôle de ces variables permettrait de personnaliser les interventions, notamment chez les personnes avec un PEP.

Pertinence et application de la RC

La RC réunit un ensemble de techniques ayant une visée thérapeutique s'inscrivant dans la réadaptation et pouvant catalyser le rétablissement des personnes avec un trouble mental, dont les personnes avec un PEP. La RC renforce l'autodétermination de la personne, les symptômes cliniques et vise à réaliser des projets et buts concrets (Bowie et coll., 2020; Franck, 2017). Masson, Franck et Cellard (2017) ont défini la RC comme «un traitement (neuro)psychologique à visée thérapeutique qui inclut 3 types de prestations: la stimulation cognitive, l'entraînement cognitif et la réhabilitation cognitive. Elle consiste à stimuler les processus cognitifs afin d'améliorer leur fonctionnement, de prévenir leur dysfonctionnement, ou encore de compenser les déficits cognitifs et, ainsi, de réduire leur impact sur la vie quotidienne».

D'abord, la stimulation cognitive réfère à l'engagement dans une série d'activités et de discussions, souvent en groupe, dans le but d'aboutir à une amélioration générale du fonctionnement cognitif et social (Clare et Woods, 2004; Masson et coll., 2017). Cette approche, souvent manualisée, peut être animée par différents types de professionnels de la santé.

Ensuite, l'entraînement cognitif réfère à la réalisation en groupe ou individuelle, de tâches stimulant des processus cognitifs comme l'attention, la mémoire, ou les fonctions exécutives (Masson et coll.,

2017). Cet entraînement est guidé par un thérapeute. Les tâches sont habituellement proposées selon des niveaux croissants de difficulté. L'entraînement cognitif avec apprentissage de stratégies réfère à la pratique répétée d'exercices et l'enseignement de stratégies afin de réduire les difficultés cognitives (Masson et coll., 2017). L'entraînement cognitif peut être utilisé afin de restaurer une ou des fonctions cognitives en particulier, mais aussi à des fins de réorganisation, visant à exploiter les fonctions résiduelles.

Finalement, la réhabilitation cognitive ou réhabilitation cognitive compensatoire vise à aménager ou modifier l'environnement grâce à la mise en place de stratégies palliatives ou de support. Le but est de compenser les difficultés cognitives avec des aides externes (prothèses mentales) ou en structurant l'environnement (Gates, Sachdev, Singh et Valenzuela, 2011; Seron et Van der Linden, 2000). Ce type d'intervention est privilégié lorsque le clinicien considère que le fonctionnement cognitif déficitaire ne peut bénéficier de la restauration ni de la réorganisation des fonctions, ou encore lorsque les 2 premiers types d'intervention n'ont pas fonctionné.

Principes clés. Seron et Van der Linden (2000) ont identifié des principes clés sous-tendant la mise en place de la RC qui sont décrits dans le tableau 2.

TABLEAU 2

Principes pour la mise en place d'une prise en charge en remédiation cognitive

Principes pour la mise en place de la remédiation cognitive	
1	Description des objectifs à atteindre en des termes clairs et réalistes
2	Description du niveau de base de la performance de chacun de ces objectifs
3	Description en des termes mesurables indiquant l'atteinte partielle ou complète des objectifs
4	Mise en place, de façon personnalisée, de différents types d'interventions permettant d'atteindre les objectifs (selon le profil et les préférences de la personne)
5	Proposition d'exercices pratiques à la maison pour favoriser le transfert au quotidien
6	Implication d'un proche, lorsque possible
7	Évaluation régulière des progrès et ajustement des interventions, au besoin
8	Prise en compte des réactions émotionnelles de la personne et de ses proches, ainsi que du contexte de l'intervention
9	Évaluation des résultats de l'intervention, et décision quant à une prochaine étape de l'intervention, si nécessaire

Le thérapeute formé en RC dispose de plusieurs outils incluant 1) les techniques pouvant favoriser les apprentissages en se basant sur les modèles théoriques en neuropsychologie (p. ex. apprentissage sans erreur, verbalisation, répétition) (Cellard, Reeder et Wykes, 2017); 2) des programmes développés afin de stimuler les processus cognitifs. Les programmes de RC validés spécifiquement auprès des personnes avec un PEP sont présentés dans le tableau 3. Il demeure toutefois pertinent de noter que plusieurs autres programmes disponibles en français utilisés auprès de personnes composant avec un trouble psychotique (p. ex. RECOS^{FR}, ToMRemed^{FR}, Mind Reading^{FR}, Gaïa^{FR},

TABLEAU 3
Programmes de remédiation cognitive validés auprès des personnes composant avec un premier épisode psychotique

Fonction ciblée	Programme	Type	Publication chez les PEP
Neurocognition	<i>Cognitive Remediation Therapy</i> (CRT) ^{FR}	Entraînement cognitif	(Puig et coll., 2014; Wykes et coll., 2007)
	<i>Cognitive Adaptation Training</i> (CAT) ^{FR}	Réhabilitation cognitive	(Allott, Killackey, Sun, Brewer et Velligan, 2016, 2017)
	<i>Cognitive Interactive Remediation of Cognition and Thinking Skills</i> (CIRCuiTS) ^{FR}	Entraînement cognitif	(Drake et coll., 2014)
	<i>Compensatory cognitive training</i> (Programme d'Elizabeth Twamley) ^{FR}	Réhabilitation cognitive	(Mendella et coll., 2015)
	<i>Neuropsychological Educational Approach to Remediation</i> (NEAR) ^{FR}	Entraînement cognitif	(Lee et coll., 2013)
	NEUROCOM	Entraînement cognitif	(Østergaard Christensen et coll., 2014)
	<i>Posit — Auditory cognitive training</i>	Entraînement cognitif	(Fisher et coll., 2015)
	<i>Computer Assisted Cognitive Remediation</i> (CACR)	Entraînement cognitif	(Holzer et coll., 2014)
	REHACOP	Entraînement cognitif	(Ojeda et coll., 2011)
	<i>Action Based Cognitive Remediation</i> (ABCR) ^{FR}	Entraînement cognitif	(Kidd et coll., 2020)
	COGWEB	Entraînement cognitif	(Moura et coll., 2019)
Cognition sociale	<i>Integrated Psychological Therapy</i> (IPT) ^{FR}	Entraînement cognitif	(Borriello, Balbi, Menichincheri et Mirabella, 2015)
	<i>Social Cognition and Interaction Training</i> (SCIT) ^{FR}	Entraînement cognitif	(Thompson et coll., 2020)*
	<i>Cognitive Enhancement Therapy</i> (CET)	Entraînement cognitif	(Eack et coll., 2009)

* L'intervention est délivrée en réalité virtuelle

RC2S+^{FR}) n'ont pas encore, au meilleur de nos connaissances, été validés spécifiquement chez les personnes avec un PEP, mais pourraient s'avérer pertinents pour cette clientèle. Par ailleurs, malgré l'impact fonctionnel des déficits cognitifs et la validation de divers programmes auprès des personnes avec un PEP, l'accès à la RC demeure limité au Québec. À l'heure actuelle, la RC n'est pas définie clairement ni réglementée par un ordre professionnel au Québec. Des balises mieux définies apparaissent utiles afin de mieux encadrer l'intervention, et de favoriser une approche plus systématique de la RC, notamment dans la prise en charge d'un PEP.

3. Les interventions groupales

Efficacité des interventions groupales

Les interventions groupales pour les personnes avec un PEP se distinguent par leurs objectifs, soit des groupes visant l'autogestion d'un ou des symptômes spécifiques, un déficit particulier, le bien-être ou une dimension du rétablissement ou encore des groupes de soutien.

Groupes d'autogestion d'un ou de plusieurs symptômes : Le groupe TCCp^{FR} (Lecomte et coll., 2008; Lecomte, Leclerc et Wykes, 2018) incluant 24 rencontres, permet aux participants de modifier leurs croyances et leurs comportements en lien avec leurs symptômes psychotiques, tout en travaillant sur leur estime de soi et la gestion du stress et de leur humeur. Une étude randomisée-contrôlée canadienne incluant 125 personnes avec un PEP a démontré une grande taille d'effet sur les symptômes psychiatriques, ainsi que sur l'estime de soi et l'apprentissage de nouvelles stratégies de gestion des symptômes (Lecomte et coll., 2008). Ces résultats suggèrent des tailles d'effet supérieures à celle des études offrant la TCCp en format individuel.

Un devis randomisé-contrôlé incluant 96 jeunes présentant un PEP et de l'anxiété sociale a comparé l'efficacité d'un programme de TCC de groupe^{FR} visant des symptômes périphériques à la psychose, soit l'anxiété sociale, à un groupe recevant de la RC (Lepage et coll., sous presse). L'intervention TCC préalablement testée lors une étude préliminaire (Montreuil et coll., 2016) est composée de 13 séances de 90 minutes. Bien que les deux interventions aient mené à une réduction significative des symptômes d'anxiété sociale, seul le groupe TCC a rapporté une amélioration du fonctionnement occupationnel et social lors des évaluations de suivi à 3 et 6 mois.

Une étude randomisée-contrôlée avec le programme CAP^{FR} regroupant 50 participants avec psychose et un vécu traumatique dans l'enfance (Spidel, Lecomte, Kealy et Daigneault, 2018) a confirmé les résultats d'une étude pilote auprès des personnes composant avec un PEP, soit que CAP aide à la régulation émotionnelle et à la diminution des symptômes d'anxiété et de dépression (Khoury, Lecomte, Comtois et Nicole, 2015).

Quoiqu'ils n'aient pas été spécifiquement développés pour les personnes avec un PEP, certains programmes groupaux mériteraient d'être étudiés auprès de ces derniers. Nous retrouvons, de Suisse, le programme PEPS^{FR} (Favrod et coll., 2019) qui a été validé dans un essai randomisé-contrôlé de 80 participants recevant 8 sessions de groupe d'une heure. PEPS vise à augmenter l'expérience d'émotions positives et à diminuer les symptômes négatifs et a obtenu une taille d'effet moyenne. En France, le programme *Accept Voices*^{FR} propose en 8 rencontres d'aider les personnes à comprendre, gérer, et accepter leurs hallucinations auditives via une approche cognitive-comportementale de troisième vague de type pleine conscience. Un devis de cas unique expérimental répété de 38 participants suggère une diminution des hallucinations auditives, une modification des croyances liées aux voix, et une diminution de l'anxiété et de la dépression (Langlois et coll., 2020).

Groupes ciblant un déficit en particulier : L'approche *Integrated Psychological Therapy*^{FR} (IPT) combinant la RC et l'entraînement aux habiletés sociales, quoique validée en français (Briand et coll., 2006), est peu recommandée pour les personnes avec un PEP, car elle implique plusieurs sessions par semaine pendant près d'une année, exigeant un investissement en temps et énergie difficile pour un jeune occupé. Le *Social Cognition and Interaction Training*^{FR} (SCIT) (Roberts et coll., 2014), ciblant la cognition sociale, dure 18 rencontres et a été traduit en français, avec des résultats essentiellement positifs, mais mitigés (Nijman, Veling, van der Stouwe et Pijnenborg, 2020). Le programme *Metacognitive Training*^{FR} (MCT) (Moritz et coll., 2015) disponible en français cible certains déficits sociocognitifs et biais métacognitifs. Les résultats sont essentiellement positifs, quoique différents d'une étude à l'autre (Lecomte et coll., 2019). L'entraînement aux habiletés sociales, qu'il provienne ou non d'un manuel structuré comme ceux de Liberman^{FR} et impliquant des jeux de rôle et du renforcement social positif, a été démontré efficace pour l'amélioration des habi-

letés sociales et la diminution des symptômes négatifs (Kopelowicz, Liberman et Zarate, 2006 ; Turner et coll., 2018).

Groupes visant le bien-être ou le rétablissement : Le groupe d'estime de soi de 24 rencontres *Je suis super*^{FR} a été validé auprès de 95 participants au Québec (Lecomte et coll., 1999) et 54 en Suisse (Borras et coll., 2009) dont certaines personnes avec un PEP. Le groupe *Coping et compétence*^{FR} sur la gestion du stress est aussi composé de 24 rencontres (Leclerc, Lesage, Ricard, Lecomte et Cyr, 2000) et est validé au Québec. En plus d'un impact sur le concept visé (estime de soi ou *coping*/stress), ces deux interventions agissent sur les symptômes psychotiques. Un récent essai randomisé par cohorte de 164 participants inscrits dans un programme de soutien en emploi au Québec, dont certaines personnes avec un PEP, a soutenu l'efficacité d'un groupe recevant du soutien en emploi et une TCC de 8 rencontres favorisant l'obtention d'un emploi régulier, un plus grand nombre d'heures travaillées, et moins de symptômes négatifs que ceux n'ayant pas participé au groupe (Lecomte et coll., 2019). Quoiqu'il soit toujours en cours de validation, un groupe^{FR} de 12 rencontres visant le développement de relations amoureuses saines chez les personnes avec un PEP semble prometteur, améliorant les habiletés relationnelles, les contacts amoureux, et la cognition sociale (Hache-Labelle et coll., 2020).

Groupes de soutien : Aucune étude actuelle n'appuie ou ne proscrit l'utilisation des groupes de soutien. Les écrits scientifiques sur l'efficacité des interventions groupales recommandent que ces groupes suivent une certaine structure, encouragent le partage de stratégies et d'outils jugés utiles, et offrent de l'espoir. Un groupe de soutien offert en ligne (téléthérapie via Zoom) aux personnes avec un PEP pendant la pandémie et qui incluait ces éléments a vu des changements positifs importants de comportements (p. ex. retour aux études) chez les membres du groupe ; ceux-ci rapportaient que les autres membres les avaient inspirés dans ces changements (Lecomte et coll., 2020).

Pertinence et application des approches groupales

Plusieurs interventions psychosociales/psychologiques pour les personnes avec un PEP peuvent s'offrir en format de groupe et il est recommandé de les offrir sous ce format (Saksa, Cohen, Srihari et Woods, 2009). Selon Yalom et Leszcz (2005), l'intervention de groupe bénéficie de certains ingrédients thérapeutiques aidants pour cette population, soulignés dans les paragraphes suivants.

Les personnes avec un PEP sont pour la plupart des jeunes adultes qui peuvent présenter une certaine immaturité affective, en comparaison avec leurs pairs sans troubles mentaux. Cette période développementale est caractérisée par un besoin d'appartenance au groupe et souvent les propos et opinions des pairs priment sur ceux des parents, professeurs ou autres figures d'autorité. L'intervention de groupe offre ce contexte d'appartenance aux pairs d'âge similaire, ou cette forte cohésion, favorisant un apprentissage par les pairs. Le groupe devient un lieu sécuritaire, de confiance, où on ose partager des informations privées et tenter de nouveaux comportements. Le partage de stratégies d'adaptation (*coping*) et de gestion du stress entre pairs a souvent plus d'impact que les suggestions offertes par le thérapeute. Un format de groupe permet aussi de contrer l'isolement social, commun à la suite d'un PEP, en favorisant la socialisation. Cela facilite le maintien des habiletés sociales et la création de nouvelles amitiés, tout comme le retour rapide à la maison et aux études ou au travail.

La normalisation, ou universalité se produit lorsqu'une personne réalise que d'autres vivent des expériences similaires. Le partage de vécu similaire dans un contexte groupal permet de diminuer l'impression d'aliénation et d'incompréhension de la part des autres, pouvant ainsi offrir un grand soulagement chez les personnes avec un PEP. L'approche de groupe a aussi l'avantage de mettre de l'avant le souci de l'autre ou l'altruisme. Alors que les participants d'un groupe s'inscrivent au départ pour des raisons personnelles, ils y restent pour les autres et souhaitent aider leurs confrères. Lorsqu'ils apprennent que leurs conseils ou propos ont aidé un membre du groupe, ils ressentent une grande fierté ainsi qu'un sentiment de compétence et d'utilité.

4. Les nouvelles approches intégrant la technologie numérique

La cybersanté mentale réfère à l'utilisation des technologies numériques afin d'offrir ou de rehausser l'offre de soins de santé mentale, incluant l'information et les services, de la prévention aux interventions spécialisées (Lal, 2019). Différents avantages de la cybersanté mentale ont été identifiés, concernant particulièrement l'accessibilité aux soins (Bucci, Morris, et coll., 2018 ; Lal et Adair, 2014) et l'obtention d'informations cliniques fiables en temps réel (Berrouguet et coll., 2018).

Efficacité des technologies numériques

Les technologies numériques, spécifiquement disponibles pour les personnes avec un PEP et validées sur le plan de leur acceptabilité et faisabilité, sont répertoriées en fonction de leur objectif et leur modalité dans le tableau 4, mais seules les technologies destinées à l'intervention seront discutées plus en détail.

Information et psychoéducation. Les sites Internet tels que *Headspace* sont destinés aux jeunes composant avec un trouble de santé mentale, et offrent des informations spécifiques sur les troubles psychotiques, alors que le site *E-Sibling* offre de l'information à la fratrie des personnes avec un PEP (Sin, Henderson et Norman, 2014). Différentes applications mobiles de psychoéducation sont également disponibles, telles que *Actissist* (Bucci, Barrowclough, et coll., 2018) et *TechCare* (Husain et coll., 2016). Aucune de ces technologies n'est actuellement disponible en français.

Monitoring. Ces technologies incluent généralement une application mobile utilisée par les personnes avec un PEP permettant de monitorer leurs symptômes et un portail sécurisé sur lequel le clinicien reçoit l'information. Ce dernier prend connaissance de l'évolution des symptômes et ajuste ses interventions, en complément au suivi clinique traditionnel. Parmi ces applications se trouvent *ClinTouch* (Palmier-Claus et coll., 2013) et *RealLife Exp* (Kumar et coll., 2018). Pour sa part, le *Digital Medicine System* implique notamment un traceur et une application mobile permettant un monitoring objectif de la prise de médication (Fowler et coll., 2019). Aucune technologie n'a été répertoriée en langue française.

Interventions. Des interventions ont été développées spécifiquement en ligne afin de favoriser leur accessibilité, notamment quand l'interaction sociale est un enjeu symptomatique. Par exemple, le programme *EMBRACE* (McEnery et coll., 2019a, 2019b) cible l'anxiété sociale dans le contexte d'un PEP. Il comprend 12 modules en ligne, ainsi qu'un forum de discussion avec une modération par des experts et des pairs en situation réelle.

Différentes applications sur téléphone intelligent sont également disponibles. Certaines utilisent une seule approche ou cible : la régulation émotionnelle pour l'application *ChillTime*^{FR} (Kazhaal et coll., soumis), la TCC pour *Actissist* (Bucci, Barrowclough, et coll., 2018) et *Heal Your Mind* (Kim et coll., 2018), la psychologie positive pour *+Connect* (Lim et coll., 2020) ou l'approche motivationnelle pour

PRIME (Schlosser et coll., 2018). D'autres favorisent plutôt l'intégration de diverses approches (Barbeito et coll., 2019; Husain et coll., 2016; Steare et coll., 2019). Combinées à l'évaluation et au suivi des symptômes, ces applications peuvent se personnaliser pour répondre aux problématiques individuelles en temps réel. Par exemple, *My Journey 3* inclut des informations générales sur la psychose, des interventions probantes pour l'autogestion des symptômes et des vidéos-témoignage sur le rétablissement (Steare et coll., 2019). L'application *Heal Your Mind* intègre comme module clé de son programme l'autogestion de la TCC.

Le programme le plus avancé à ce jour pour le PEP est la plateforme *HORYZONS*^{FR} qui est d'ailleurs en cours d'implémentation au Québec, dirigé par Shalini Lal (Université de Montréal) en collaboration avec Martin Lepage (Université McGill) (Lal, Gleeson, et coll., 2018). Une version francophone est en développement et sera offerte dans certains programmes cliniques dès 2021. La plateforme est basée sur le réseautage social entre pairs, les interventions thérapeutiques sur mesure ciblant le fonctionnement social et la modération par des experts et des pairs (Alvarez-Jimenez et coll., 2019). Les premières études suggèrent que les participants se sentent en sécurité et plus socialement connectés (Alvarez-Jimenez et coll., 2013; Gleeson et coll., 2014) et une étude randomisée comparant 18 mois de prise en charge *HORYZONS*^{FR} au traitement habituel montre son efficacité pour le retour aux études ou l'employabilité des participants (Alvarez-Jimenez et coll., 2021).

Dans le contexte pandémique, certaines équipes proposent également d'adapter leurs interventions habituelles en utilisant la visioconférence, comme pour la TCC^{FR} (Lecomte et coll., 2020), la thérapie d'acceptation et d'engagement (Wood, Gannon, Chengappa et Sarpal, 2020) et l'intervention pour les relations amoureuses^{FR}. Un projet en cours au Canada, porté par Martin Lepage (Institut Douglas) (Mendelson et coll., sous presse), évalue actuellement les effets de l'intervention en visioconférence pour des programmes bien établis que sont la RC basée sur l'action^{FR} (Bowie, Grossman, Gupta, Holshausen et Best, 2017) et le programme *MCT*^{FR} (Moritz et coll., 2015), alors que l'équipe de Caroline Cellard (Université Laval) évalue le programme de RC validé *CIRCuiTS* en visioconférence auprès de jeunes adultes avec un PEP. Il existe aussi des thérapies avec avatars^{FR} (Dellazizzo, Potvin, O'Connor et Dumais, 2018) ou encore utilisant la réalité virtuelle^{FR} (projet Dumais-voix ciblant l'anxiété sociale en collaboration

avec Martin Lepage et Tania Lecomte) en cours de validation avec des personnes composant avec un PEP au Québec.

Pertinence et application des technologies numériques

Quelques études ont permis de sonder l'ouverture des personnes avec un PEP, notamment sur le territoire québécois, face à la cybersanté mentale. Ces études révèlent que la vaste majorité des personnes avec un PEP a accès à la technologie numérique et utilise quotidiennement un ordinateur ou un cellulaire (Abdel-Baki, Lal, D.-Charron, Stip et Kara, 2017 ; Bucci, Morris, et coll., 2018). Ces jeunes sont en majorité ouverts à utiliser la technologie afin d'entrer en contact avec leurs pairs vivant la même problématique, pour recevoir de la thérapie (Birnbaum et coll., 2018 ; Lal et coll., 2015 ; Lal, Nguyen et Theriault, 2018) et pour accéder à de l'information et du support en santé mentale (Bucci, Morris, et coll., 2018), particulièrement lorsque les services impliquent la présence de cliniciens-modérateurs (Lal, Nguyen, et coll., 2018). Les personnes avec un PEP rapportent que l'utilisation d'un téléphone intelligent pour l'accès aux soins est plus flexible que l'approche en personne, diminue la stigmatisation associée aux soins et peut apporter un sentiment de contrôle (*empowerment*) sur son rétablissement (Bucci, Morris, et coll., 2018). Plus de la moitié des jeunes inclus dans l'étude de Birnbaum et coll. (2018) soutiennent qu'ils auraient été plus confortables de recourir à des soins lors de leurs premiers symptômes psychotiques s'ils avaient été approchés par un professionnel via Internet ou les réseaux sociaux.

Malgré cette ouverture, des barrières ont été rapportées. Certaines personnes avec un PEP mentionnent des difficultés liées à la réalisation d'une recherche efficace sur Internet et considèrent l'information disponible comme peu organisée, fiable ou pertinente (Birnbaum, Candan, Libby, Pascucci et Kane, 2016 ; Lal et coll., 2015). Les coûts associés à l'accès à Internet (Bucci, Morris, et coll., 2018 ; Lal et coll., 2015 ; Lal, Nguyen, et coll., 2018), l'absence de rétroaction et de contact interpersonnel avec les intervenants et les craintes liées à la sécurité des données sont d'autres barrières soulevées (Lal et coll., 2020). Ces différentes limites doivent être prises en compte dans la coconstruction des nouvelles technologies avec les personnes composant avec un PEP afin d'en assurer la pertinence et l'utilisation (Peck et coll., 2020).

Par ailleurs, une des principales limites de ces interventions est qu'elles n'ont pour la plupart pas encore été testées sur de larges populations. Leur efficacité reste à confirmer sur de plus larges cohortes et l'accessibilité à ces technologies demeure restreinte, notamment pour

TABLEAU 4
Technologies numériques développées ou en cours de développement
pour les personnes composant avec un premier épisode psychotique

	Information	Triage (<i>screening</i>)	Évaluation	Monitoring	Intervention	Support par les pairs
Site Internet/ Portail	1. <i>YouR</i> 2. <i>Headspace</i> 3. <i>E-Sibling</i>	1. <i>YouR</i>	1. CANTAB <i>web-based testing</i> ^{FR}	1. <i>RealLife Exp</i> 2. <i>Ginger.io</i> 3. DMS	1. HORYZONS 2. <i>Peer plus</i> 3. <i>Headspace</i> 4. <i>Eheadspace</i> 5. COGWEB	1. <i>Peer plus</i>
Médias sociaux	1. Capsule information YouTube (Lam, Tsiang et Woo, 2017)	–	–	–	–	–
Visioconférence	–	–	–	–	1. ACT 2. MCT ^{FR} 3. ABCR ^{FR}	–
Réalité virtuelle	–	–	–	–	1. SCIT-Réalité virtuelle	–
Clavardage	–	–	–	–	–	1. <i>Headspace</i> 2. <i>E-Sibling</i>
Téléphone intelligent/ Application	1. <i>Actissist</i> 2. <i>TechCare</i> 3. <i>My Journey 3</i>	–	1. FEPS-FS-R	1. <i>ClinTouch</i> 2. <i>RealLife Exp</i> 3. <i>Ginger.io</i> 4. <i>TechCare</i> 5. <i>My Journey 3</i> 6. DMS	1. <i>Actissist</i> 2. <i>+Connect</i> 3. HYM 4. PLAN-e-PSY ^{FR} 5. PRIME 6. <i>ThinkApp</i> 7. <i>TechCare</i> 8. <i>My Journey 3</i>	1. PRIME
Senseur	–	–	–	1. DMS	–	–

FEPS-FS-R: *First-Episode Psychosis Services Fidelity Scale-Revised*; DMS: *Digital Medicine System*; HYM: *Heal Your Mind*;
YouR: *Youth Mental Health Risk and Resilience*

les non-anglophones. Les différents projets de recherche francophones en cours sont donc à valoriser. Par exemple, le projet français PLAN-e-PSY^{FR} dirigé par Frederic Haesebaert vise à coconstruire, avec des personnes composant avec un PEP et leurs familles, une application visant la planification et le suivi des objectifs individualisés de prise en charge dans le contexte du *case management*.

Conclusion

Cette revue narrative et critique de la littérature visait à déterminer le soutien empirique des interventions recommandées dans le contexte des troubles psychotiques par les guides cliniques reconnus NICE

et CPA, spécifiquement pour les personnes composant avec un PEP. D'abord, cette revue suggère que la TCCp semble avoir des résultats tout aussi probants pour les personnes avec un PEP que pour les personnes en évolution plus chronique de leur trouble. La TCCp devrait être offerte à toute personne souhaitant apprendre à gérer ses symptômes et recevoir du soutien dans son rétablissement, et l'approche groupale semble à préconiser avec cette clientèle. En ce qui a trait à la RC, le soutien empirique est mitigé, en partie à cause d'études de qualité moindre. Toutefois, certaines études de qualité suggèrent une taille d'effet petite, mais significative sur des domaines de la cognition soutenant le rétablissement et la qualité de vie (p. ex. mémoire verbale), et l'utilisation d'une approche personnalisée est recommandée. Plus d'études portant sur l'impact de la RC sur le rétablissement fonctionnel (p. ex. école, emploi) seraient malgré tout nécessaires auprès de la clientèle PEP. En ce qui concerne les interventions groupales ou impliquant la technologie, la qualité des études ainsi que l'étendue des évidences sont très variables. Chacune des interventions mériterait une analyse plus en profondeur, qui n'a pas été possible de faire dans les limites de cette revue.

Cet article avait également pour objectif d'illustrer l'application concrète des interventions suggérées par les guides NICE et CPA auprès des personnes avec un PEP. Malgré le soutien empirique des interventions proposées, plusieurs milieux œuvrant auprès des personnes avec un PEP n'offrent pas ces interventions et proposent même parfois des interventions (groupales ou individuelles) qui ne sont pas soutenues empiriquement. D'une part, cela suggère la présence de plusieurs défis quant à l'accessibilité aux interventions psychosociales pour les personnes avec un PEP. Notamment, l'offre de ces interventions est limitée par la rareté de professionnels (p. ex. psychologues, neuropsychologues) dédiés, ainsi que par l'offre de services variant de façon importante entre les régions et les populations desservies. Ces limites suggèrent l'importance de développer une science de la mise en œuvre des interventions afin d'identifier les barrières potentielles et ainsi favoriser le transfert des données issues de la recherche vers les milieux cliniques. Par exemple, certaines stratégies d'implémentation pourraient s'avérer plus efficaces en fonction du contexte des cliniques PEPs, selon leur positionnement urbain ou en région éloignée.

Certaines initiatives comme le Centre d'Intervention Psychologique Personnalisée pour la Psychose (Ci3P) proposent une organisation des soins favorisant l'accessibilité à des interventions psychosociales

de pointe pour les personnes avec un trouble psychotique. Le Ci3P regroupe en un seul lieu toutes les ressources psychologiques/neuropsychologiques du continuum des troubles psychotiques ainsi qu'une équipe de chercheurs et d'étudiants spécialisés en interventions psychosociales. L'équipe offre un service d'évaluation psychologique et neuropsychologique ainsi que des interventions individuelles personnalisées ou groupales à l'ensemble de la clientèle du continuum des troubles psychotiques ainsi qu'à plusieurs équipes partenaires provenant des autres institutions du CIUSSS de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal. En réponse à la pandémie, l'équipe du Ci3P offre des évaluations et des interventions à l'aide de la technologie numérique telle que la TCC et la RC. Ce type d'organisation des soins apparaît particulièrement pertinent à la lumière des résultats démontrant que les interventions psychosociales, notamment la TCCp, ont montré leur potentiel pour réduire les coûts et améliorer la qualité de vie des personnes avec un trouble psychotique, en comparaison avec les traitements usuels (Health Quality, Ontario, 2018).

D'autre part, malgré l'intérêt et l'ouverture des personnes avec un PEP pour la cybersanté mentale, il demeure que peu d'interventions basées sur la technologie sont actuellement disponibles en français. Les initiatives en cours de validation dans la communauté francophone seront donc à considérer pour les soins aux personnes avec un PEP dans le futur.

Finalement, la prise en charge des personnes avec un PEP doit viser le rétablissement personnel par une offre de soins personnalisée, centrée sur la personne et ses besoins, et permettant une pleine citoyenneté. Ainsi, en plus d'appliquer des interventions psychosociales développées et validées auprès des personnes avec un PEP, la prise en charge de ces jeunes doit passer par une conceptualisation globale et multidimensionnelle de leurs forces, leurs difficultés et leurs besoins. Les interventions psychosociales jouent un rôle important pour favoriser le rétablissement personnel et la qualité de vie de ces jeunes et l'offre de telles interventions devra être systématisée pour en favoriser l'accessibilité.

RÉFÉRENCES

- Abdel-Baki, A., Lal, S., D.-Charron, O., Stip, E. et Kara, N. (2017). Understanding access and use of technology among youth with first-episode psychosis to inform the development of technology-enabled therapeutic interventions. *Early Intervention in Psychiatry*, 11(1), 72-76. doi:10.1111/eip.12250

- Allott, K. A., Killackey, E., Sun, P., Brewer, W. J. et Velligan, D. I. (2016). Feasibility and acceptability of cognitive adaptation training for first-episode psychosis. *Early Interv Psychiatry*, 10(6), 476-484. doi:10.1111/eip.12207
- Allott, K. A., Killackey, E., Sun, P., Brewer, W. J. et Velligan, D. I. (2017). Improving vocational outcomes in first-episode psychosis by addressing cognitive impairments using Cognitive Adaptation Training. *Work*, 56(4), 581-589. doi:10.3233/wor-172517
- Alvarez-Jimenez, M., Bendall, S., Koval, P., Rice, S., Cagliarini, D., Valentine, L., ... Gleeson, J. F. (2019). HORYZONS trial: protocol for a randomised controlled trial of a moderated online social therapy to maintain treatment effects from first-episode psychosis services. *BMJ Open*, 9(2), e024104. doi:10.1136/bmjopen-2018-024104
- Alvarez-Jimenez, M., Bendall, S., Lederman, R., Wadley, G., Chinnery, G., Vargas, S., ... Gleeson, J. F. (2013). On the HORYZON: moderated online social therapy for long-term recovery in first episode psychosis. *Schizophr Res*, 143(1), 143-149. doi:10.1016/j.schres.2012.10.009
- Alvarez-Jiménez, M., Gleeson, J. F., Cotton, S., Wade, D., Gee, D., Pearce, T., ... McGorry, P. D. (2009). Predictors of adherence to cognitive-behavioural therapy in first-episode psychosis. *Can J Psychiatry*, 54(10), 710-718. doi:10.1177/070674370905401008
- Alvarez-Jiménez, M., Parker, A. G., Hetrick, S. E., McGorry, P. D. et Gleeson, J. F. (2011). Preventing the second episode: a systematic review and meta-analysis of psychosocial and pharmacological trials in first-episode psychosis. *Schizophr Bull*, 37(3), 619-630. doi:10.1093/schbul/sbp129
- Alvarez-Jimenez, M., Koval, P., Schmaal, L., Bendall, S., O'Sullivan, S., Cagliarini, D., ... Gleeson, J. F. M. (2021). The Horyzons project: a randomized controlled trial of a novel online social therapy to maintain treatment effects from specialist first-episode psychosis services. *World psychiatry: official journal of the World Psychiatric Association (WPA)*, 20(2), 233-243. doi:doi:10.1002/wps.20858
- Barbeito, S., Sánchez-Gutiérrez, T., Mayoral, M., Moreno, M., Ríos-Aguilar, S., Arango, C. et Calvo, A. (2019). Mobile App-Based Intervention for Adolescents With First-Episode Psychosis: Study Protocol for a Pilot Randomized Controlled Trial. *Front Psychiatry*, 10, 27. doi:10.3389/fpsy.2019.00027
- Berrouiguet, S., Perez-Rodriguez, M. M., Larsen, M., Baca-García, E., Courtet, P. et Oquendo, M. (2018). From eHealth to iHealth: transition to participatory and personalized medicine in mental health. *Journal of medical Internet research*, 20(1), e2. doi:10.2196/jmir.7412
- Birnbaum, M. L., Candan, K., Libby, I., Pascucci, O. et Kane, J. (2016). Impact of online resources and social media on help-seeking behaviour in youth with psychotic symptoms. *Early Interv Psychiatry*, 10(5), 397-403. doi:10.1111/eip.12179
- Birnbaum, M. L., Rizvi, A. F., Faber, K., Addington, J., Correll, C. U., Gerber, C., ... Kane, J. M. (2018). Digital Trajectories to Care in First-Episode Psychosis. *Psychiatr Serv*, 69(12), 1259-1263. doi:10.1176/appi.ps.201800180
- Boonstra, N., Klaassen, R., Sytema, S., Marshall, M., De Haan, L., Wunderink, L. et Wiersma, D. (2012). Duration of untreated psychosis and negative symptoms—a systematic review and meta-analysis of individual patient data. *Schizophr Res*, 142(1-3), 12-19. doi:10.1016/j.schres.2012.08.017

- Borras, L., Boucherie, M., Mohr, S., Lecomte, T., Perroud, N. et Huguelet, P. (2009). Increasing self-esteem: efficacy of a group intervention for individuals with severe mental disorders. *European Psychiatry*, 24(5), 307-316. doi:10.1016/j.eurpsy.2009.01.003
- Borriello, A., Balbi, A., Menichincheri, R. M. et Mirabella, F. (2015). [Timing and effectiveness of Brenner's IPT cognitive training in early psychosis. A pilot study]. *Riv Psichiatr*, 50(3), 127-133. doi:10.1708/1910.20794
- Bowie, C. R., Bell, M. D., Fiszdon, J. M., Johannesen, J. K., Lindenmayer, J. P., McGurk, S. R., ... Wykes, T. (2020). Cognitive remediation for schizophrenia: An expert working group white paper on core techniques. *Schizophr Res*, 215, 49-53. doi:10.1016/j.schres.2019.10.047
- Bowie, C. R., Grossman, M., Gupta, M., Holshausen, K. et Best, M. W. (2017). Action-based cognitive remediation for individuals with serious mental illnesses: Effects of real-world simulations and goal setting on functional and vocational outcomes. *Psychiatr Rehabil J*, 40(1), 53-60. doi:10.1037/prj0000189
- Brand, R. M., McEnery, C., Rossell, S., Bendall, S. et Thomas, N. (2018). Do trauma-focused psychological interventions have an effect on psychotic symptoms? A systematic review and meta-analysis. *Schizophrenia Research*, 195, 13-22.
- Briand, C., Vasiliadis, H. M., Lesage, A., Lalonde, P., Stip, E., Nicole, L., ... Villeneuve, K. (2006). Including integrated psychological treatment as part of standard medical therapy for patients with schizophrenia: clinical outcomes. *J Nerv Ment Dis*, 194(7), 463-470. doi:10.1097/01.nmd.0000225120.92431.29
- Bucci, S., Barrowclough, C., Ainsworth, J., Machin, M., Morris, R., Berry, K., ... Haddock, G. (2018). Actissist: Proof-of-Concept Trial of a Theory-Driven Digital Intervention for Psychosis. *Schizophr Bull*, 44(5), 1070-1080. doi:10.1093/schbul/sby032
- Bucci, S., Morris, R., Berry, K., Berry, N., Haddock, G., Barrowclough, C., ... Edge, D. (2018). Early Psychosis Service User Views on Digital Technology: Qualitative Analysis. *JMIR Ment Health*, 5(4), e10091. doi:10.2196/10091
- Cellard, C., Reeder, C. et Wykes, T. (2017). Introduction au programme CIRCuiTS. In N. Franck (Ed.), *La remédiation cognitive* (2e ed., pp. 146-156). Elsevier-Masson.
- Clare, L. et Woods, R. T. (2004). Cognitive training and cognitive rehabilitation for people with early-stage Alzheimer's disease: A review. *Neuropsychological rehabilitation*, 14(4), 385-401.
- Coentre, R., Talina, M. C., Góis, C. et Figueira, M. L. (2017). Depressive symptoms and suicidal behavior after first-episode psychosis: A comprehensive systematic review. *Psychiatry Res*, 253, 240-248. doi:10.1016/j.psychres.2017.04.010
- Dellazizzo, L., Potvin, S., O'Connor, K. et Dumais, A. (2018). A Randomized Controlled Trial Comparing Virtual Reality Therapy To Cognitive Behavioral Therapy In Schizophrenia With Treatment Refractory Hallucinations: Preliminary Results. *Schizophrenia Bulletin*, 44(Suppl 1), S346-S347.
- Drake, R. J., Day, C. J., Picucci, R., Warburton, J., Larkin, W., Husain, N., ... Marshall, M. (2014). A naturalistic, randomized, controlled trial combining cognitive remediation with cognitive-behavioural therapy after first-episode non-affective psychosis. *Psychol Med*, 44(9), 1889-1899. doi:10.1017/s0033291713002559

- Eack, S. M., Greenwald, D. P., Hogarty, S. S., Cooley, S. J., DiBarry, A. L., Montrose, D. M. et Keshavan, M. S. (2009). Cognitive enhancement therapy for early-course schizophrenia: effects of a two-year randomized controlled trial. *Psychiatr Serv*, 60(11), 1468-1476. doi:10.1176/appi.ps.60.11.1468
- Favrod, J., Nguyen, A., Chaix, J., Pellet, J., Frobort, L., Fankhauser, C., ... Bonsack, C. (2019). Improving Pleasure and Motivation in Schizophrenia: A Randomized Controlled Clinical Trial. *Psychother Psychosom*, 88(2), 84-95. doi:10.1159/000496479
- Fisher, M., Loewy, R., Carter, C., Lee, A., Ragland, J. D., Niendam, T., ... Vinogradov, S. (2015). Neuroplasticity-based auditory training via laptop computer improves cognition in young individuals with recent onset schizophrenia. *Schizophr Bull*, 41(1), 250-258. doi:10.1093/schbul/sbt232
- Fowler, J. C., Cope, N., Knights, J., Phiri, P., Makin, A., Peters-Strickland, T. et Rathod, S. (2019). Hummingbird Study: a study protocol for a multicentre exploratory trial to assess the acceptance and performance of a digital medicine system in adults with schizophrenia, schizoaffective disorder or first-episode psychosis. *BMJ Open*, 9(6), e025952.
- Francey, S. M., O'Donoghue, B., Nelson, B., Graham, J., Baldwin, L., Yuen, H. P., ... McGorry, P. D. (2020). Psychosocial Intervention With or Without Antipsychotic Medication for First-Episode Psychosis: A Randomized Noninferiority Clinical Trial. *Schizophrenia Bulletin Open*, 1(1). doi:https://doi.org/10.1093/schizbullopen/sgaa015
- Franck, N. (2017). Introduction. In N. Franck (Ed.), *Remédiation cognitive* (2e ed., pp. 1-13). Elsevier Masson.
- Freeman, D., Emsley, R., Diamond, R., Collett, N., Bold, E., Chadwick, E., ... Group., O. C. A. t. P. T. S. R. (In press). The psychological treatment of persistent persecutory delusions: an explanatory randomized controlled clinical trial comparing a new theoretically-driven psychological treatment (Feeling Safe Programme) to befriending. *Lancet Psychiatry*.
- Gates, N. J., Sachdev, P. S., Singh, F. A. et Valenzuela, M. (2011). Cognitive and memory training in adults at risk of dementia: a systematic reviews. *BMC geriatrics*, 11, 1.
- Gleeson, J. F., Lederman, R., Wadley, G., Bendall, S., McGorry, P. D. et Alvarez-Jimenez, M. (2014). Safety and privacy outcomes from a moderated online social therapy for young people with first-episode psychosis. *Psychiatr Serv*, 65(4), 546-550. doi:10.1176/appi.ps.201300078
- Hache-Labelle, C., Abdel-Baki, A., Lepage, M., Laurin, A. S., Guillou, A., Francoeur, A.,... Lecomte, T. (2020). Romantic relationship group intervention for men with early psychosis: A feasibility, acceptability and potential impact pilot study. *Early Interv Psychiatry*. doi:10.1111/eip.13012
- Holzer, L., Urben, S., Passini, C. M., Jaugey, L., Herzog, M. H., Halfon, O. et Pihet, S. (2014). A randomized controlled trial of the effectiveness of computer-assisted cognitive remediation (CACR) in adolescents with psychosis or at high risk of psychosis. *Behav Cogn Psychother*, 42(4), 421-434. doi:10.1017/s1352465813000313

- Husain, N., Gire, N., Kelly, J., Duxbury, J., McKeown, M., Riley, M., ... Chaudhry, I. (2016). TechCare: mobile assessment and therapy for psychosis—an intervention for clients in the Early Intervention Service: A feasibility study protocol. *SAGE Open Med*, 4, 2050312116669613. doi:10.1177/2050312116669613
- Jackson, C., Trower, P., Reid, I., Smith, J., Hall, M., Townend, M., ... Birchwood, M. (2009). Improving psychological adjustment following a first episode of psychosis: a randomised controlled trial of cognitive therapy to reduce post psychotic trauma symptoms. *Behav Res Ther*, 47(6), 454-462. doi:10.1016/j.brat.2009.02.009
- Jolley, S., Garety, P., Craig, T., Dunn, G., White, J. et Aitken, M. (2003). Cognitive therapy in early psychosis: A pilot randomized controlled trial. *Behavioral and Cognitive Psychotherapy*, 31(4), 473-478.
- Kazhaal, Y., Potvin, S., Pennou, A., Djomo, W., Borgeat, F. et Lecomte, T. (soumis). Des repères pour la conception des apps? *Santé Mentale Au Québec*.
- Khoury, B., Lecomte, T., Comtois, G. et Nicole, L. (2015). Third-wave strategies for emotion regulation in early psychosis: a pilot study. *Early Interv Psychiatry*, 9(1), 76-83. doi:10.1111/eip.12095
- Kidd, S. A., Herman, Y., Virdee, G., Bowie, C. R., Velligan, D., Plagiannakos, C. et Voineskos, A. (2020). A comparison of compensatory and restorative cognitive interventions in early psychosis. *Schizophr Res Cogn*, 19, 100157. doi:10.1016/j.scog.2019.100157
- Kim, S. W., Lee, G. Y., Yu, H. Y., Jung, E. I., Lee, J. Y., Kim, S. Y., ... Yoon, J. S. (2018). Development and feasibility of smartphone application for cognitive-behavioural case management of individuals with early psychosis. *Early Interv Psychiatry*, 12(6), 1087-1093. doi:10.1111/eip.12418
- Kopelovich, S. L. et Turkington, D. (2020). Remote CBT for Psychosis During the COVID-19 Pandemic: Challenges and Opportunities. *Community Mental Health Journal*. doi:Community Mental Health Journal <https://doi.org/10.1007/s10597-020-00718-0>
- Kopelowicz, A., Liberman, R. P. et Zarate, R. (2006). Recent advances in social skills training for schizophrenia. *Schizophr Bull*, 32 Suppl 1(Suppl 1), S12-23. doi:10.1093/schbul/sbl023
- Kumar, D., Tully, L. M., Iosif, A. M., Zakskorn, L. N., Nye, K. E., Zia, A. et Niendam, T. A. (2018). A Mobile Health Platform for Clinical Monitoring in Early Psychosis: Implementation in Community-Based Outpatient Early Psychosis Care. *JMIR Ment Health*, 5(1), e15. doi:10.2196/mental.8551
- Lal, S. (2019). E-mental health: promising advancements in policy, research, and practice. *Healthcare management forum*, 32(2), 56-62. doi:10.1177/0840470418818583
- Lal, S., Abdel-Baki, A., Sujanani, S., Bourbeau, F., Sahed, I. et Whitehead, J. (2020). Perspectives of Young Adults on Receiving Telepsychiatry Services in an Urban Early Intervention Program for First-Episode Psychosis: A Cross-Sectional, Descriptive Survey Study. *Front Psychiatry*, 11, 117. doi:10.3389/fpsy.2020.00117
- Lal, S. et Adair, C. E. (2014). E-mental health: a rapid review of the literature. *Psychiatric Services*, 65(1), 24-32. doi:10.1176/appi.ps.201300009
- Lal, S., Dell'Elce, J., Tucci, N., Fuhrer, R., Tamblyn, R. et Malla, A. (2015). Preferences of young adults with first-episode psychosis for receiving specialized mental

- health services using technology: a survey study. *JMIR mental health*, 2(2), e18. doi:10.2196/mental.4400
- Lal, S., Gleeson, J., Malla, A., Rivard, L., Joober, R., Chandrasena, R. et Alvarez-Jimenez, M. (2018). Cultural and Contextual Adaptation of an eHealth Intervention for Youth Receiving Services for First-Episode Psychosis: Adaptation Framework and Protocol for Horyzons-Canada Phase 1. *JMIR Res Protoc*, 7(4), e100. doi:10.2196/resprot.8810
- Lal, S., Nguyen, V. et Theriault, J. (2018). Seeking mental health information and support online: experiences and perspectives of young people receiving treatment for first-episode psychosis. *Early Interv Psychiatry*, 12(3), 324-330. doi:10.1111/eip.12317
- Lam, N. H. T., Tsiang, J. T. et Woo, B. K. P. (2017). Exploring the Role of YouTube in Disseminating Psychoeducation. *Acad Psychiatry*, 41(6), 819-822. doi:10.1007/s40596-017-0835-9
- Langlois, T., Sanchez-rodriguez, R., Bourcier, A., Lamy, P., Callahan, S. et Lecomte, T. (2020). Effectiveness of the group intervention “Accept Voices” based on psychoeducation and 3rd wave CBTs for the management of verbal auditory hallucinations. *Psychiatry Research*. doi:https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.113159
- Lecardeur, L. (2019). *Troubles psychotiques: protocole d'intervention précoce*. Elsevier-Masson.
- Leclerc, C., Lesage, A. D., Ricard, N., Lecomte, T. et Cyr, M. (2000). Assessment of a new stress management module for persons with schizophrenia. *American Journal of Orthopsychiatry*, 3, 380-388.
- Lecomte, T., Abdel-Baki, A., Francoeur, A., Cloutier, B., Leboeuf, A., Abadie, P., ... Gay, S. (2020). Group therapy via videoconferencing for individuals with early psychosis—a pilot study. *Early Intervention in Psychiatry*.
- Lecomte, T., Cyr, M., Lesage, A. D., Wilde, J., Leclerc, C. et Ricard, N. (1999). Efficacy of a self-esteem module in the empowerment of individuals with schizophrenia. *J Nerv Ment Dis*, 187(7), 406-413. doi:10.1097/00005053-199907000-00003
- Lecomte, T., Leclerc, C., Corbière, M., Wykes, T., Wallace, C. J. et Spidel, A. (2008). Group cognitive behavior therapy or social skills training for individuals with a recent onset of psychosis? Results of a randomized controlled trial. *J Nerv Ment Dis*, 196(12), 866-875. doi:10.1097/NMD.0b013e31818ee231
- Lecomte, T., Leclerc, C. et Wykes, T. (2018). *La TCC de groupe pour le traitement de la psychose — Guide de l'intervenant*. Québec: Presses de l'Université du Québec.
- Lecomte, T., Mian, I., Abidi, S. et Normal, R. (2017). CPA treatment guidelines on psychosocial treatment of schizophrenia in children and youth. *Canadian Journal of Psychiatry*, 62(9), 648-655. doi:10.1177/0706743717720195
- Lecomte, T., Potvin, S., Samson, C., Francoeur, A., Hache-Labelle, C., Gagné, S.,... Mueser, K. T. (2019). Predicting and preventing symptom onset and relapse in schizophrenia-A metareview of current empirical evidence. *J Abnorm Psychol*, 128(8), 840-854. doi:10.1037/abn0000447
- Lee, R. S., Redoblado-Hodge, M. A., Naismith, S. L., Hermens, D. F., Porter, M. A. et Hickie, I. B. (2013). Cognitive remediation improves memory and psychosocial

- functioning in first-episode psychiatric out-patients. *Psychol Med*, 43(6), 1161-1173. doi:10.1017/s0033291712002127
- Lepage, M., Bowie, C.R., Montreuil, T., Baer, L., Percie du Sert, O., Lecomte, T., ... Malla, A.K. (sous presse). Manualized group cognitive behavioral therapy for social anxiety in first episode psychosis: A randomized controlled trial. *Psychol Med*.
- Lewis, S., Tarrier, N., Haddock, G., Bentall, R., Kinderman, P., Kingdon, D., ... Dunn, G. (2002). Randomised controlled trial of cognitive-behavioural therapy in early schizophrenia: acute-phase outcomes. *The British Journal of Psychiatry*, 181, s91-s97.
- Lim, M. H., Gleeson, J. F. M., Rodebaugh, T. L., Eres, R., Long, K. M., Casey, K.,... Penn, D. L. (2020). A pilot digital intervention targeting loneliness in young people with psychosis. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 55(7), 877-889. doi:10.1007/s00127-019-01681-2
- Masson, M., Franck, N. et Cellard, C. (2017). Objectifs et enjeux de l'intervention cognitive en psychologie. *Journal de neuropsychologie clinique et appliquée*, 1, 22-35.
- McEnery, C., Lim, M. H., Knowles, A., Rice, S., Gleeson, J., Howell, S., ... Alvarez-Jimenez, M. (2019a). Development of a Moderated Online Intervention to Treat Social Anxiety in First-Episode Psychosis. *Front Psychiatry*, 10, 581. doi:10.3389/fpsyt.2019.00581
- McEnery, C., Lim, M. H., Knowles, A., Rice, S., Gleeson, J., Howell, S., ... Alvarez-Jimenez, M. (2019b). Social anxiety in young people with first-episode psychosis: Pilot study of the EMBRACE moderated online social intervention. *Early Interv Psychiatry*. doi:10.1111/eip.12912
- Mendella, P. D., Burton, C. Z., Tasca, G. A., Roy, P., St Louis, L. et Twamley, E. W. (2015). Compensatory cognitive training for people with first-episode schizophrenia: results from a pilot randomized controlled trial. *Schizophr Res*, 162(1-3), 108-111. doi:10.1016/j.schres.2015.01.016
- Mendelson, D., Thibodeau, E., Sauvé, G., Lavigne, K., Bowie, C.R., Menon, M., ..., Raucher-Chéné (Sous presse). Remote Group Therapies for Cognitive Health in Schizophrenia-Spectrum Disorders: Feasible, Acceptable, Engaging. *Schizophrenia Research: Cognition*.
- Montreuil, T. C., Malla, A., Joober, R., Bélanger, C., Myhr, G. et Lepage, M. (2016). Manualized group cognitive-behavioral therapy for social anxiety in at-risk mental state and first episode psychosis: A pilot study of feasibility and outcomes. *International Journal of Group Psychotherapy*, 66(2), 225-245. doi:https://doi.org/10.1080/00207284.2015.1106190
- Moritz, S., Thoering, T., Kühn, S., Willenborg, B., Westermann, S. et Nagel, M. (2015). Metacognition-augmented cognitive remediation training reduces jumping to conclusions and overconfidence but not neurocognitive deficits in psychosis. *Front Psychol*, 6, 1048. doi:10.3389/fpsyg.2015.01048
- Morrison, A. P., Pyle, M., Maughan, D., Johns, L., Freeman, D., Broome, M. R., ... James, A. (2020). Antipsychotic medication versus psychological intervention versus a combination of both in adolescents with first-episode psychosis (MAPS): a multicentre, three-arm, randomised controlled pilot and feasibility study. *Lancet Psychiatry*, 7(9), 788-800. doi:10.1016/s2215-0366(20)30248-0

- Moura, B. M., Avila, A., Chendo, I., Frade, P., Barandas, R., Vian, J.,... Mendes, T. (2019). Facilitating the Delivery of Cognitive Remediation in First-Episode Psychosis: Pilot Study of a Home-Delivered Web-Based Intervention. *J Nerv Ment Dis*, 207(11), 951-957. doi:10.1097/nmd.0000000000001055
- Müller, H., Kommesch, M., Güttgemanns, J., Wessels, H., Walger, P., Lehmkuhl, G., ... Bechdolf, A. (2020). Cognitive behavioral therapy in adolescents with early-onset psychosis: a randomized controlled pilot study. *Eur Child Adolesc Psychiatry*, 29(7), 1011-1022. doi:10.1007/s00787-019-01415-4
- Nijman, S. A., Veling, W., van der Stouwe, E. C. D. et Pijnenborg, G. H. M. (2020). Social Cognition Training for People With a Psychotic Disorder: A Network Meta-analysis. *Schizophr Bull*, 46(5), 1086-1103. doi:10.1093/schbul/sbaa023
- Norman, R., Lecomte, T., Addington, D. et Anderson, E. (2017). CPA treatment guidelines on psychosocial treatment of adults. *Canadian Journal of Psychiatry*, 62(9), 617-623. doi:10.1177/0706743717719894.
- Ojeda, N., Pena, J., Bengoetxea, E., Segarra, R., Sanchez, P. M., Elizagarate, E., ... Garcia, A. (2011). Clinical and cognitive outcomes in schizophrenia/psychosis after cognitive remediation with REHACOP. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 261, S97.
- Ontario, H. Q. (2018). Cognitive behavioural therapy for psychosis: a health technology assessment. *Ontario health technology assessment series*, 18(5), 1.
- Østergaard Christensen, T., Vesterager, L., Krarup, G., Olsen, B. B., Melau, M., Gluud, C. et Nordentoft, M. (2014). Cognitive remediation combined with an early intervention service in first episode psychosis. *Acta Psychiatr Scand*, 130(4), 300-310. doi:10.1111/acps.12287
- Palmier-Claus, J. E., Rogers, A., Ainsworth, J., Machin, M., Barrowclough, C., Lavery, L., ... Lewis, S. W. (2013). Integrating mobile-phone based assessment for psychosis into people's everyday lives and clinical care: a qualitative study. *BMC Psychiatry*, 13, 34. doi:10.1186/1471-244x-13-34
- Peck, C. E., Lim, M. H., Purkiss, M., Foley, F., Hopkins, L. et Thomas, N. (2020). Development of a Lived Experience-Based Digital Resource for a Digitally-Assisted Peer Support Program for Young People Experiencing Psychosis. *Front Psychiatry*, 11, 635. doi:10.3389/fpsy.2020.00635
- Penn, D. L., Waldheter, E. J., Perkins, D. O., Mueser, K. T. et Lieberman, J. A. (2005). Psychosocial treatment for first-episode psychosis: a research update. *Am J Psychiatry*, 162(12), 2220-2232. doi:10.1176/appi.ajp.162.12.2220
- Perkins, D. O., Gu, H., Boteva, K. et Lieberman, J. A. (2005). Relationship between duration of untreated psychosis and outcome in first-episode schizophrenia: a critical review and meta-analysis. *Am J Psychiatry*, 162(10), 1785-1804. doi:10.1176/appi.ajp.162.10.1785
- Puig, O., Penadés, R., Baeza, I., De la Serna, E., Sánchez-Gistau, V., Bernardo, M. et Castro-Fornieles, J. (2014). Cognitive remediation therapy in adolescents with early-onset schizophrenia: a randomized controlled trial. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 53(8), 859-868. doi:10.1016/j.jaac.2014.05.012
- Revell, E. R., Neill, J. C., Harte, M., Khan, Z. et Drake, R. J. (2015). A systematic review and meta-analysis of cognitive remediation in early schizophrenia. *Schizophr Res*, 168(1-2), 213-222. doi:10.1016/j.schres.2015.08.017

- Roberts, D. L., Combs, D. R., Willoughby, M., Mintz, J., Gibson, C., Rupp, B. et Penn, D. L. (2014). A randomized, controlled trial of Social Cognition and Interaction Training (SCIT) for outpatients with schizophrenia spectrum disorders. *Br J Clin Psychol*, 53(3), 281-298. doi:10.1111/bjc.12044
- Saksa, J. R., Cohen, S. J., Srihari, V. H. et Woods, S. W. (2009). Cognitive behavior therapy for early psychosis: a comprehensive review of individual vs. group treatment studies. *Int J Group Psychother*, 59(3), 357-383. doi:10.1521/ijgp.2009.59.3.357
- Schlosser, D. A., Campellone, T. R., Truong, B., Etter, K., Vergani, S., Komaiko, K. et Vinogradov, S. (2018). Efficacy of PRIME, a Mobile App Intervention Designed to Improve Motivation in Young People With Schizophrenia. *Schizophr Bull*, 44(5), 1010-1020. doi:10.1093/schbul/sby078
- Seccomandi, B., Tsapekos, D., Newbery, K., Wykes, T. et Cella, M. (2020). A systematic review of moderators of cognitive remediation response for people with schizophrenia. *Schizophr Res Cogn*, 19, 100160. doi:10.1016/j.scog.2019.100160
- Seron, X. et Van der Linden, M. (2000). *Traité de neuropsychologie clinique Tome II (Remédiation)*.
- Sin, J., Henderson, C. et Norman, I. (2014). Usability of online psychoeducation for siblings of people with psychosis. *Int J Technol Assess Health Care*, 30(4), 374-380. doi:10.1017/s0266462314000488
- Sönmez, N., Romm, K. L., Østefjells, T., Grande, M., Jensen, L. H., Hummelen, B., ... Rössberg, J. I. (2020). Cognitive behavior therapy in early psychosis with a focus on depression and low self-esteem: A randomized controlled trial. *Compr Psychiatry*, 97, 152157. doi:10.1016/j.comppsy.2019.152157
- Spidel, A., Lecomte, T., Kealy, D. et Daigneault, I. (2018). Acceptance and commitment therapy for psychosis and trauma: Improvement in psychiatric symptoms, emotion regulation, and treatment compliance following a brief group intervention. *Psychol Psychother*, 91(2), 248-261. doi:10.1111/papt.12159
- Stafford, M. R., Mayo-Wilson, E., Loucas, C. E., James, A., Hollis, C., Birchwood, M. et Kendall, T. (2015). Efficacy and safety of pharmacological and psychological interventions for the treatment of psychosis and schizophrenia in children, adolescents and young adults: a systematic review and meta-analysis. *PLoS One*, 10(2), e0117166. doi:10.1371/journal.pone.0117166
- Stear, T., O'Hanlon, P., Eskinazi, M., Osborn, D., Lloyd-Evans, B., Jones, R., ... Johnson, S. (2019). App to support Recovery in Early Intervention Services (ARIES) study: protocol of a feasibility randomised controlled trial of a self-management Smartphone application for psychosis. *BMJ Open*, 9(3), e025823. doi:10.1136/bmjopen-2018-025823
- Tang, J. Y., Chang, W. C., Hui, C. L., Wong, G. H., Chan, S. K., Lee, E. H., ... Chen, E. Y. (2014). Prospective relationship between duration of untreated psychosis and 13-year clinical outcome: a first-episode psychosis study. *Schizophr Res*, 153(1-3), 1-8. doi:10.1016/j.schres.2014.01.022
- Tarrier, N., Lewis, S., Haddock, G., Bentall, R., Drake, R., Kinderman, P., ... Dunn, G. (2004). Cognitive-behavioural therapy in first-episode and early schizophrenia. 18-month follow-up of a randomised controlled trial. *Br J Psychiatry*, 184, 231-239. doi:10.1192/bjp.184.3.231

- Thompson, A., Elahi, F., Realpe, A., Birchwood, M., Taylor, D., Vlaev, I., ... Bucci, S. (2020). A Feasibility and Acceptability Trial of Social Cognitive Therapy in Early Psychosis Delivered Through a Virtual World: The VEEP Study. *Front Psychiatry*, 11, 219. doi:10.3389/fpsyt.2020.00219
- Turner, D. T., McGlanaghy, E., Cuijpers, P., van der Gaag, M., Karyotaki, E. et MacBeth, A. (2018). A Meta-Analysis of Social Skills Training and Related Interventions for Psychosis. *Schizophr Bull*, 44(3), 475-491. doi:10.1093/schbul/sbx146
- Vita, A., Barlati, S., Ceraso, A., Nibbio, G., Ariu, C., Deste, G. et Wykes, T. (2021). Effectiveness, Core Elements, and Moderators of Response of Cognitive Remediation for Schizophrenia: A Systematic Review and Meta-analysis of Randomized Clinical Trials. *JAMA Psychiatry*. doi:10.1001/jamapsychiatry.2021.0620
- Wood, H. J., Gannon, J. M., Chengappa, K. N. R. et Sarpal, D. K. (2020). Group teletherapy for first-episode psychosis: Piloting its integration with coordinated specialty care during the COVID-19 pandemic. *Psychol Psychother*. doi:10.1111/papt.12310
- Wykes, T., Huddy, V., Cellard, C., McGurk, S. R. et Czobor, P. (2011). A meta-analysis of cognitive remediation for schizophrenia: methodology and effect sizes. *Am J Psychiatry*, 168(5), 472-485. doi:10.1176/appi.ajp.2010.10060855
- Wykes, T., Newton, E., Landau, S., Rice, C., Thompson, N. et Frangou, S. (2007). Cognitive remediation therapy (CRT) for young early onset patients with schizophrenia: an exploratory randomized controlled trial. *Schizophr Res*, 94(1-3), 221-230. doi:10.1016/j.schres.2007.03.030
- Yalom, I. D. et Leszcz, M. (2005). *The theory and practice of group psychotherapy* (5th edition ed.). New-York: Basic Books.

***Mens sana in corpore sano* : l'intérêt de l'activité physique auprès des jeunes ayant eu un premier épisode psychotique**

Ahmed Jérôme Romain^{a, b}

Paquito Bernard^{b, c}

Florence Piché^{a, b}

Laurence Kern^{d, e, f}

Clairéline Ouellet-Plamondon^g

Amal Abdel-Baki^{g, h}

Marc-André Roy^{i, j}

-
- a. École de kinésiologie et des sciences de l'activité physique, Université de Montréal.
 - b. Centre de recherche de l'Institut universitaire en santé mentale de Montréal.
 - c. Département des sciences de l'Activité physique, Université du Québec à Montréal.
 - d. Laboratoire VCR, École de psychologues praticiens de l'Institut catholique de Paris - Équipe d'accueil religion, culture et société, Paris.
 - e. EA 2931, LINP2-2APS (Laboratoire interdisciplinaire en neurosciences, physiologie et psychologie : apprentissages, activité physique et santé), Université Paris Nanterre.
 - f. EA 4430, CLIPSYD (psychologie clinique, psychanalyse et psychologie du développement) Université Paris Nanterre⁸. Service santé mentale jeunesse, Centre hospitalier de l'Université de Montréal.
 - g. Clinique JAP, Centre hospitalier de l'Université de Montréal.
 - h. Centre de recherche du Centre hospitalier de l'Université de Montréal (CRCHUM).
 - i. Département de psychiatrie et neurosciences, Faculté de médecine, Université Laval, Québec.
 - j. Centre de recherche CERVO, Québec.

RÉSUMÉ Objectifs Au cours des dernières années, les enjeux reliés à la santé physique ont pris une place importante dans le suivi des jeunes ayant vécu un premier épisode psychotique (PEP). En effet, comparativement à la population générale, les personnes avec un diagnostic de trouble psychotique ont une espérance de vie diminuée de 15 ans, les problèmes de santé physique expliquant 60 à 70 % de cette diminution. Ainsi, l'activité physique est considérée comme une nouvelle stratégie dans le processus de rétablissement des jeunes. L'objectif du présent article est de couvrir les différents enjeux de santé physique des PEP et les impacts de l'activité physique.

Méthodes Revue narrative traitant des enjeux de santé physique, du rôle des antipsychotiques, de la nécessité de surveillance des paramètres métaboliques ainsi que de l'amélioration des habitudes de vie (p. ex. tabagisme, sédentarité, inactivité physique, mauvaise alimentation) des jeunes PEP. L'impact de l'activité physique sur la santé physique et mentale et la cessation tabagique ainsi que l'intérêt de la thérapie d'aventure dans le processus de réadaptation seront abordés. Enfin, nous proposerons des stratégies motivationnelles et des outils, visant à promouvoir l'activité physique. Dans les différentes sections, nous étayerons nos arguments avec les plus hauts niveaux de preuve disponibles (p. ex. méta-analyses, revues systématiques, essais randomisés contrôlés, études de cohorte, N sur 1) et mettrons en exergue des implications pour la pratique clinique. Pour les sujets pour lesquels les données portant sur les PEP sont rares ou inexistantes, nous référerons à la littérature portant sur des stades plus tardifs de la maladie.

Résultats Les problèmes de santé métabolique peuvent être présents avant même le début du traitement par antipsychotiques et progressent rapidement par la suite. Les différentes habitudes de vie, souvent inadéquates, contribuent au développement de ces problèmes. Dans un contexte d'intervention précoce, plusieurs types d'activité physique ont montré des bénéfices sur la santé physique, les symptômes psychotiques, le fonctionnement et plus globalement dans le processus de rétablissement. Néanmoins, sa pratique spontanée et régulière demeure limitée, principalement en raison de problèmes de motivation. Les approches d'activité physique doivent être adaptées à la population et plusieurs facteurs considérés, tels que le type d'activité physique, son contexte, l'intensité, la fréquence, les paramètres motivationnels ou encore le soutien/supervision de la part des professionnels de santé.

Conclusion Au plan physique tout comme au plan psychiatrique, les années suivant le début du traitement pour un PEP constituent une période critique et l'activité physique est une intervention qui gagne à être intégrée dans l'éventail des services offerts dans les cliniques PEP, vu les impacts positifs sur différentes dimensions du rétablissement.

MOTS CLÉS activité physique, habitudes de vie, obésité, psychiatrie et mode de vie

A Healthy Mind in a Healthy Body: The Value of Physical Activity for Youth With First Episode Psychosis

ABSTRACT Objectives In recent years, issues related to physical health took on a major role in the care of youth who experienced a first episode psychosis (FEP). Compared to the general population, people with a psychotic disorder have a reduced life expectancy of 15 years, with physical health problems accounting for 60 to 70% of that part. With the increased awareness about these issues, physical activity is considered as a new prevention and intervention strategy in the recovery process for youth with a FEP. The objective of the present article is to summarize the different physical health issues in FEP and the impacts of physical activity.

Methods Narrative review addressing physical health issues, the role of antipsychotics, the need for metabolic monitoring, and for improvement of lifestyle habits (e.g., smoking, sedentary lifestyle, physical inactivity, poor diet) in youth with a FEP. The impact of physical activity on physical and mental health, on smoking cessation as well as the interest of adventure therapy in the recovery process will be discussed. Finally, we will propose motivational strategies and tools to promote physical activity. In the different sections, we will support our arguments with the highest levels of evidence available (e.g., meta-analyses, systematic reviews, randomized controlled trials, cohort studies, N-of-1) and highlight implications for clinical practice.

Results Metabolic health problems progress rapidly after the initiation of antipsychotic treatment, and inadequate lifestyle habits contribute to the development of these problems. In an early intervention context, several types of physical activity have shown benefits on physical health, psychotic symptoms, functioning and more generally in the recovery process. Nevertheless, few patients spontaneously engaged in regular physical activity because of low motivation. Physical activity interventions should be adapted to the FEP population and several factors taken into consideration such as the type of physical activity, its context, intensity, frequency, motivational parameters, and support/supervision from health professionals.

Conclusion From a physical and a psychiatric perspective, the years following treatment initiation for FEP are critical. Considering its positive impacts on different dimensions of recovery physical activity interventions should be integrated into the range of services offered in early intervention services.

KEYWORDS physical activity, health behaviour, obesity, lifestyle psychiatry

Objectifs

Au cours de la dernière décennie, de nombreuses études ont mis en lumière la mortalité précoce de 15 à 25 ans, des personnes ayant des troubles psychotiques par rapport à la population générale (Plana-Ripoll et coll., 2019). Cette surmortalité est principalement attribuée à des pathologies cardiovasculaires, des comorbidités physiques et leurs conséquences (60 à 70 % des décès) et les suicides représentent environ 9 à 13 % des causes de décès (John et coll., 2018). Les pathologies cardiovasculaires sont la conséquence des habitudes de vie inadéquates, de la médication antipsychotique, mais aussi probablement en partie inhérentes à la nature même de la maladie. Plusieurs travaux de recherche suggèrent que les troubles métaboliques et les troubles psychotiques partageraient une étiologie en partie commune, notamment les processus d'inflammation, dont le rôle dans le diabète et les maladies cardiovasculaires est reconnu depuis longtemps, et dont le rôle dans la genèse des troubles psychotiques semble de plus en plus clair (Veru-Lesmes et coll., 2021). Une étude de cohorte a montré que le fait d'avoir des comorbidités physiques au préalable était associé à un risque 2 à 3 fois plus élevé d'avoir un premier épisode psychotique (PEP) (Sørensen et coll., 2015).

Des études portant sur des personnes ayant des troubles psychotiques et plus âgées que la population PEP rapportent que jusqu'à 55 %-60 % d'entre elles sont en situation d'obésité, 29 % ont un prédiabète (présence d'anomalies de la glycémie mettant l'individu à risque développer un diabète de type 2 et ses complications), 18 % un diabète de type 2, 35 % ont un syndrome métabolique (Romain et coll., 2017; Vancampfort et coll., 2015), jusqu'à 80 % présentent au moins un trouble du sommeil (Reeve et coll., 2019), et 40 à 60 % ont une multimorbidité physique (soit l'accumulation de 2 pathologies chroniques ou plus) (Kugathasan et coll., 2020). De plus, les actions de dépistage des différents facteurs de risques sont moindres comparativement à la population générale ce qui favorise l'émergence de ces pathologies chroniques (Solmi et coll., 2021).

Ces données ont été pour la plupart obtenues dans le cadre d'études portant sur des personnes plus âgées que la population des jeunes présentant des PEP, et se limitaient généralement à une population de personnes avec un diagnostic de schizophrénie, par opposition aux programmes d'intervention pour premier épisode psychotique (PPEP), qui portent sur un spectre plus large englobant les autres troubles psy-

chotiques, incluant les troubles bipolaires. L'objectif du présent article est de couvrir les différents enjeux de santé physique des PEP ainsi que les interventions possibles afin de favoriser une évolution optimale sur ce plan dans le cadre de PPEP.

Méthodes

La présente revue narrative abordera les aspects suivants : 1) État des lieux de la santé physique des jeunes PEP ; 2) Rôle des antipsychotiques ; 3) Interventions au plan de la nutrition ; 4) Impact du tabagisme et stratégies d'arrêt ; 5) Examen du taux de sédentarité et de l'inactivité physique des PEP ; 6) Des effets de l'activité physique (AP), tant sur le plan physique que psychologique ; 7) Stratégies motivationnelles et des outils visant à promouvoir l'AP ; 8) Nous aborderons également la thérapie d'aventure dans le processus de réadaptation. Dans les différentes sections, nous étayerons nos arguments avec les plus hauts niveaux de preuve disponibles en nous basant prioritairement sur les méta-analyses et revues systématiques quand elles étaient disponibles. En cas de non-disponibilité, alors nous utilisons les devis suivants par ordre de priorité soit : essais randomisés contrôlés, études de cohorte, N sur 1, étude transversale. Ensuite, nous mettrons en exergue des implications pour la pratique clinique. Dans la sélection des études, seront privilégiées celles portant sur les jeunes PEP si elles sont disponibles et de bonne qualité méthodologique. Le cas échéant, nous choisirons les données provenant de personnes ayant des troubles psychotiques évoluant depuis plusieurs années ou d'autres populations avec troubles mentaux graves. Les bases de données dites classiques ont été utilisées (*Pubmed, Medline, Web of Science, Google Scholar*) avec des mots clés incluant les termes reliés à l'activité physique, l'exercice physique, le sport et les PEP, puis les troubles psychotiques. De plus, nous avons utilisé la technique de boules de neige qui consiste à consulter la bibliographie d'un article sélectionné afin d'en identifier d'autres.

Les mots clés et termes Mesh suivants ont été utilisés :

Pour l'activité physique : *“Exercise”* OR *“Exercise Therapy”* OR *“Exercise Movement Techniques”* OR *“Resistance Training”* OR *“Muscle Stretching Exercises”* OR *“Breathing Exercises”* OR *“Sports”* OR *“Motor Activity”* OR *“Relaxation”* OR *“Physical Fitness”* OR *“Physical Activity”* OR *“Walk”* OR *“lifestyle”*

Pour les PEP : *“Psychosis”* OR *“Early psychosis”* OR *“First episode psychosis”* OR *“Antipsychotic*”*.

Résultats

Santé physique chez les jeunes avec un premier épisode psychotique

Avant même le début du traitement, les jeunes PEP présentent des anomalies métaboliques et inflammatoires (Veru-Lesmes et coll., 2021), ce qui étaye que le traitement n'est pas seul en cause et qu'un diagnostic de trouble psychotique, en soi, doit être considéré comme un facteur de risque pour de tels problèmes. Toutefois, une fois le traitement pharmacologique instauré, le profil métabolique tend à s'aggraver et les jeunes PEP atteignent rapidement plusieurs critères du syndrome métabolique (tableau 1) (Mitchell et coll., 2013).

TABEAU 1
Prévalence des critères diagnostics du syndrome métabolique chez les jeunes PEP selon les critères NCEP-ATP-III (Mitchell et coll., 2013)

Critères diagnostics du syndrome métabolique	Critères d'atteinte	% en PEP
Tour de taille (cm)	≥ 102 (H) / ≥ 88 (F)	22 %
Triglycérides élevés (mmol/L)	≥ 1,7	19 %
HDL bas (mmol/L)	≤ 1,0 (H) / ≤ 1,3 (F)	22 %
Pression artérielle (mmHg)	Systolique ≥ 130 et/ou diastolique ≥ 85	30 %
Glycémie à jeun (mmol/L)	≥ 5,6	9 %
Diabète de type 2		1,3 %
Syndrome métabolique	3 critères d'atteinte parmi les 5 premiers	10 %

Dans ce contexte, il est nécessaire que le suivi métabolique et la prise des données anthropométriques soient instaurés dès le début du suivi et fassent partie des évaluations de routine (Chalfoun et coll., 2015). Un guide en français permettant l'atteinte des recommandations quant au suivi métabolique a été conçu (cholestérol, glycémie à jeun, hémoglobine glycosylée, tour de taille, indice de masse corporelle)

(Chalfoun et coll., 2015). D'ailleurs, le suivi métabolique fait partie intégrante des meilleures pratiques cliniques en PEP, mais l'adhésion à de telles lignes directrices est faible (Mitchell et coll., 2012). De plus, afin d'aider les professionnels de santé sur le suivi de la santé physique, un calculateur du risque de développer un syndrome métabolique à 6 ans conçu spécialement pour les PEP a été créé (<https://psymetric.shinyapps.io/psymetric/>) (Perry et coll., 2021). Ce calculateur se base sur des données cliniques facilement accessibles que sont le sexe, l'ethnicité, le statut tabagique, l'indice de masse corporelle, le cholestérol HDL, les triglycérides ainsi que la prescription d'un antipsychotique (Perry et coll., 2021).

Comme les jeunes PEP n'ont souvent pas de médecin de famille au Québec lorsqu'ils arrivent au PPEP et ne sont pas nécessairement très enclins à consulter, il est essentiel que les équipes jouent un rôle actif dans l'évaluation de ces sphères, la mise en place de protocoles de surveillance standardisés étant nécessaire. De plus, au-delà de protocoles de surveillance, il est essentiel, pour les mêmes raisons, que les équipes développent des habiletés à mettre en place des mesures pharmacologiques et surtout non pharmacologiques pour gérer les problèmes dépistés et accompagnent le jeune dans les démarches pour trouver un médecin de famille.

Le rôle des médicaments antipsychotiques sur la santé physique

En plus du fait que les troubles psychotiques eux-mêmes augmentent le risque de développer des problèmes métaboliques et cardiovasculaires, les médicaments antipsychotiques, que ce soit ceux de 1^{re}, 2^e ou 3^e génération, y contribuent largement (Bak et coll., 2014) ayant des effets secondaires indésirables comme la prise de poids, l'hypercholestérolémie, l'insulino-résistance pouvant aller jusqu'au diabète (De Hert et coll., 2011). Par ailleurs, ces derniers effets ne sont pas purement des conséquences de la prise de poids.

L'ampleur de ces impacts métaboliques varie grandement en fonction de la molécule et entre les personnes. Ainsi, parmi les antipsychotiques de 2^e ou 3^e génération, l'olanzapine et la clozapine sont ceux entraînant le plus de prise de poids (Bak et coll., 2014). L'impact sur le métabolisme des glucides et des lipides peut être observé en l'absence de prise de poids et varie en fonction de la molécule utilisée (Clozapine, Olanzapine > Risperidone, Quetiapine > Ziprazidone, Aripiprazole) (De Hert et coll., 2011). Les études chez des PEP rapportent des prises de

poids avec toutes les molécules couramment utilisées et qui sont supérieures à celles observées dans des populations plus âgées. L'ampleur de cette prise de poids peut atteindre 16 kg en 3 mois et monter jusqu'à 30 kg sur les études de plus longue durée (De Hert et coll., 2011). De plus, cette prise de poids peut toucher jusqu'à 70 % des jeunes PEP (De Hert et coll., 2011).

Afin de limiter l'ampleur de ce problème, il est généralement recommandé de privilégier, comme traitement de première intention, les antipsychotiques ayant les impacts les moins défavorables (p. ex. lurasidone, aripiprazole, etc.), l'efficacité des différents antipsychotiques étant comparable dans de telles situations. Pour cette même raison, il est généralement déconseillé d'utiliser l'olanzapine comme traitement d'entretien en première intention vu ses effets métaboliques (Crockford et Addington, 2017). Cela dit, ces données quant aux effets indésirables des antipsychotiques ne doivent pas occulter que des études observationnelles, et populationnelles, ont observé que la longévité des personnes présentant un trouble psychotique est supérieure lorsqu'elles sont traitées par antipsychotiques plutôt que non traitées, et que cette différence n'est que partiellement expliquée par la prévention de morts par suicide (Tiihonen et coll., 2018).

Enjeux relatifs à l'alimentation

Chez les jeunes PEP, les apports alimentaires augmentent dès l'initiation d'un antipsychotique pour largement excéder ceux des jeunes adultes de la population générale (Teasdale et coll., 2020). De plus, leur alimentation est qualitativement moins bonne avec 47 % des apports énergétiques provenant d'aliments considérés comme non nutritifs et énergétiquement denses (p. ex. boissons sucrées, biscuits) (Teasdale et coll., 2020). De plus, environ 60 % ne consomment pas de fruits et légumes quotidiennement (Morell et coll., 2019). Toutefois, des interventions auprès de jeunes PEP incluant entrevue motivationnelle, fixation d'objectifs, ateliers sur la structure du repas, portions, lecture des étiquettes ainsi qu'un accompagnement individualisé lors de l'épicerie ont mené à une diminution des apports énergétiques et des apports issus des aliments denses ainsi qu'une meilleure qualité nutritionnelle (Teasdale et coll., 2016).

Enjeux relatifs au tabagisme

Le tabagisme constitue un enjeu majeur du suivi global de la santé physique puisque 36 à 72 % des jeunes PEP consomment du tabac quotidiennement (Ferreira et Coentre, 2020). La consommation de tabac est le facteur modifiable le plus important parmi les causes de diminution de la longévité dans les troubles psychotiques. Si de 20 à 40 % des patients souhaitent arrêter leur consommation de tabac (Underner et coll., 2019), les taux d'arrêt définitifs sont plus faibles comparativement à la population générale et les symptômes de manque (*craving*) sont plus intenses (Dondé et coll., 2020).

Face au tabagisme actif, 2 stratégies peuvent être développées : la cessation tabagique ou la réduction de la consommation. Concernant les approches non pharmacologiques, les conseils psychocomportementaux (p. ex. intervention brève, entretien motivationnel, gestion des contingences), ainsi que l'AP ont démontré leur efficacité dans la réduction de l'usage de la consommation de tabac (Bernard et coll., 2020). À titre d'exemple, une étude de faisabilité conduite chez des patients ayant un diagnostic de schizophrénie a obtenu une réduction de 50 % de consommation de tabac avec une intervention de conseils en groupe incluant des jeux de rôles, la mesure de CO expiré, l'approche par résolution-problème, la planification de l'action et des stratégies de *coping* couplée à des séances de marche hebdomadaires (Bernard et coll., 2013a). L'intérêt de ce type d'intervention est d'utiliser les conseils en groupe pour favoriser la modification comportementale et l'AP pour diminuer l'intensité des symptômes de manques (Bernard et coll., 2020).

Concernant les approches pharmacologiques de cessation tabagique, une revue systématique a montré que, combinés avec un soutien comportemental et comparativement au placebo, le remplacement nicotinique, la varenicline, le bupropion ou des combinaisons de méthodes sont utiles et tolérés sans aggravation de la psychose ou changement en termes de symptômes (Underner et coll., 2019). La varenicline et le bupropion, sont les plus efficaces pour cesser ou réduire l'usage de tabac, et contrôler l'envie de consommer, et sécuritaires (Ahmed et coll., 2018). Quoique développé pour la population générale, CAN-ADAPTT propose un guide de pratique pour la cessation tabagique très utile avec un algorithme pour l'usage de la pharmacothérapie ; la combinaison de méthodes est souvent nécessaire (CAN-ADAPTT, 2011).

Chez les jeunes PEP, une intervention d'une durée de 12 semaines incluant approche pharmacologique et non pharmacologique a entraîné une cessation tabagique chez un tiers des participants (Curtis et coll., 2018). En outre, chez les autres participants, une réduction du nombre quotidien de cigarettes a été observée ainsi qu'une diminution du CO expiré.

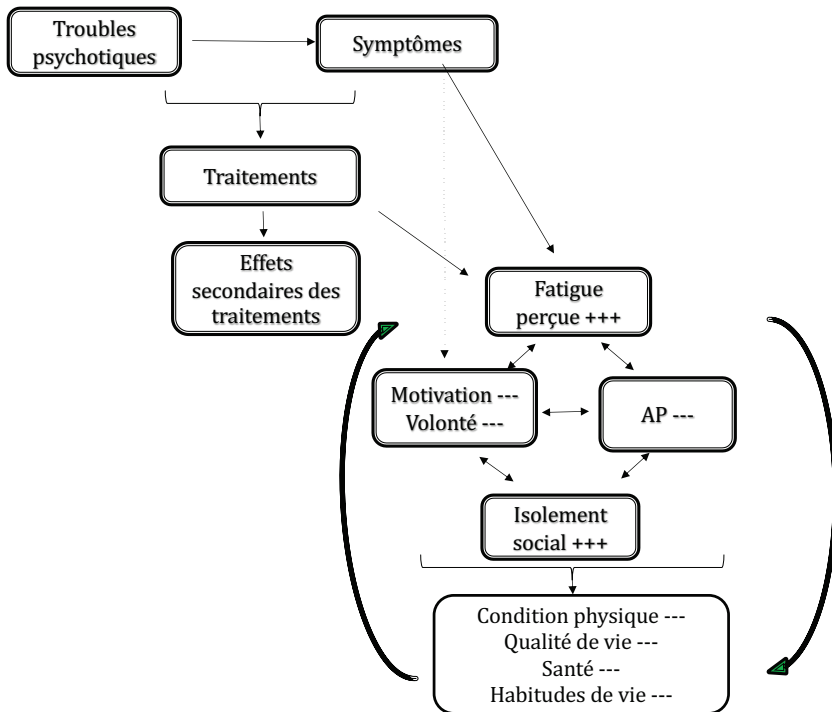
Une modification importante de la consommation de tabac peut nécessiter un ajustement de la posologie des antipsychotiques dont le métabolisme est influencé par la fumée de tabac. Cela s'explique par le mécanisme d'interaction pharmacocinétique du tabac sur les antipsychotiques (effet inducteur enzymatique des cytochromes CYP450 1A2) qui entraîne une réduction des concentrations plasmatiques du traitement conduisant à un risque d'effets indésirables et d'inefficacité thérapeutique notamment avec la clozapine et l'olanzapine. Ainsi, lors de la cessation tabagique ou du passage au vapotage (car ce sont les hydrocarbures produits par la combustion du tabac qui sont en cause), une augmentation des effets indésirables peut survenir, alors qu'une augmentation ou une reprise tabagique peut diminuer l'efficacité de ces médicaments. Ces aspects doivent être gardés à l'esprit dans le contexte d'ajustement de traitement en cours d'hospitalisation dans des milieux interdisant le tabagisme.

Enjeux relatifs à l'inactivité physique et la sédentarité

Les études populationnelles montrent que 55 % des personnes avec un trouble psychotique sont physiquement inactives et ce chiffre augmente à 74 % chez les personnes ayant une schizophrénie et une obésité (Stubbs et coll., 2016). De plus, elles sont particulièrement sédentaires avec 81 % de leur temps d'éveil passé dans des activités sédentaires (soit jusqu'à 13 h quotidiennement en excluant le sommeil) (Morell et coll., 2019 ; Stubbs et coll., 2016). Chez les jeunes PEP, une seule étude (incluant seulement 24 participants) a mesuré leur niveau d'AP via l'accéléromètre et a montré qu'ils passaient environ 158 minutes par jour dans des AP d'intensité légère à modérée et 4 minutes dans des AP d'intensité élevée (Vancampfort et coll., 2019b) (contre 240 minutes d'AP légère et 34 minutes d'AP élevée pour la population générale (Romain et coll., 2020c). Quant à la sédentarité (soit le temps passé assis ou couché, en excluant le sommeil), elle représente jusqu'à 11 h par jour chez les PEP (O'Donoghue et coll., 2021) contre 9 h par jour en population générale. Ces différents éléments contribuent au cercle

vicieux du déconditionnement (figure 1) qu'il s'avère nécessaire de stopper. Aussi, l'inactivité pendant une hospitalisation peut accentuer ce cercle vicieux en raison des périodes prolongées de sédentarité dans des espaces restreints. Afin de rompre ce cercle du déconditionnement, la réduction du temps de sédentarité est une première cible importante à viser surtout lors des hospitalisations. Les interventions actuelles montrent que pour réduire la sédentarité, il est important d'utiliser des stratégies distinctes de celles visant l'augmentation de l'activité physique (Ashdown-Franks et coll., 2018). Par exemple, lors de l'hospitalisation, les équipes peuvent demander aux jeunes PEP de marcher 2 à 3 minutes toutes les 2 heures ou encore leur proposer des exercices de yoga et musculation pendant 10-15 min chaque jour avec le personnel ou un pair aidant.

FIGURE 1
Cercle vicieux du déconditionnement (Kern et coll., 2018)



Bénéfices de l'activité physique au plan physique

L'AP est une stratégie importante pour améliorer la santé physique et prévenir la prise pondérale et les complications métaboliques des jeunes PEP. Au cours des dernières années, de nombreuses études ont montré son importance sur la gestion et la prévention de l'obésité, la diminution du risque d'accident cardiovasculaire, ou encore les symptômes psychotiques (Fernández-Abascal et coll., 2021; Nyboe et coll., 2019).

Concernant l'AP seule, des protocoles d'entraînement par intervalles à haute intensité (2 entraînements par semaine, 30 à 45 minutes, de 3 à 6 mois), ont montré des bénéfices sur la perte de poids et la réduction du tour de taille auprès de jeunes PEP en situation d'obésité (Abdel-Baki et coll., 2013; Fernández-Abascal et coll., 2021; Romain et coll., 2019). Quoique la perte de poids soit inférieure à celle d'autres populations cliniques, chaque kilogramme perdu est associé à une amélioration du profil métabolique (Romain, 2018). Toutefois, l'AP s'est avérée particulièrement efficace dans le cadre d'interventions multimodales visant la prévention de l'obésité chez les jeunes PEP. Dans le programme *Keeping the Body In Mind* (Curtis et coll., 2016) de 12 semaines incluant AP (60-75 % de VO₂ pic pour l'entraînement en aérobie, et d'intensité modérée à élevée pour l'entraînement en résistance), suivi métabolique, nutrition et dont l'objectif était la prévention de la prise de poids liée à l'initiation des antipsychotiques, les participants du groupe intervention ont pris environ 1,8 centimètre de tour de taille contre 8 centimètres dans le groupe contrôle. Par ailleurs, 18 % du groupe intervention a présenté une prise de poids cliniquement significative (soit 7 % du poids initial) contre 80 % dans le groupe contrôle (Curtis et coll., 2016). Ces résultats confirment ceux de méta-analyses montrant que les interventions visant la prévention sont plus efficaces que celles visant la diminution du poids chez les PEP (Alvarez-Jimenez et coll., 2008) et que l'AP était plus efficace que l'utilisation d'agents pharmacologiques sur la réduction du poids et sur d'autres marqueurs de santé physique (Vancampfort et coll., 2019a).

Concernant les bénéfices de l'AP sur la santé cardiovasculaire et les autres critères du syndrome métabolique, ils demeurent incertains afin de conclure avec certitude, notamment chez les PEP. La plus récente méta-analyse à ce sujet incluant des PEP avait un nombre restreint d'études ce qui en limite la conclusion (Fernández-Abascal et coll., 2021).

Bénéfices de l'activité physique aux plans psychiatrique et psychologique

Les méta-analyses sur les patients atteints de schizophrénie concluent que l'AP a des bénéfices sur les symptômes positifs et négatifs quand la durée dépassait 90 minutes par semaine (Stubbs et coll., 2018), suggérant que celle-ci peut être utilisée comme un adjuvant à la médication antipsychotique. Les améliorations induites par l'AP (lors de programme d'entraînement par intervalle d'une durée de 6 mois, 2 fois par semaine, 45 minutes) sur les symptômes négatifs sont retrouvées chez les PEP et s'avèrent intéressantes dans un contexte clinique, car la médication antipsychotique est moins efficace sur ces symptômes (Fernández-Abascal et coll., 2021; Romain et coll., 2019). De plus, les bénéfices décrits semblent indépendants de l'intensité de l'entraînement puisque les méta-analyses montrent que ces améliorations ont été obtenues tant avec l'AP de type aérobie (les études allant de 30 minutes, 2 fois par semaine d'AP de type aérobie à 120 minutes, 3 fois par semaine) que celle de type corps-esprit (p. ex. yoga; avec des protocoles allant de 60 minutes de yoga par session, 2 fois par semaine à 120 minutes par session, 6 fois par semaine) (Dauwan et coll., 2016; Firth et coll., 2015). Des effets similaires de l'AP ont été décrits sur le fonctionnement global et social (Dauwan et coll., 2016), les symptômes dépressifs (Rosenbaum et coll., 2014). Toutefois, il est important de noter que ces méta-analyses n'ont pas été effectuées auprès de jeunes PEP.

Sur les aspects cognitifs, une méta-analyse incluant des personnes avec des troubles psychotiques a montré une amélioration sur la cognition générale, sociale, et la vitesse de traitement de l'information. L'intensité et le volume total de pratique (supérieur à 90 minutes) ainsi que la supervision par un professionnel de l'AP agissaient comme des modérateurs des effets sur les marqueurs cognitifs (Stubbs et coll., 2018). Ces résultats ont également été retrouvés chez les jeunes PEP avec des programmes d'AP (45 à 60 minutes d'AP de type aérobie et résistance avec 8 à 12 répétitions par série) (Firth et coll., 2018). Néanmoins, si les AP de types corps-esprit améliorent les marqueurs cognitifs (Dauwan et coll., 2016), il reste difficile de conclure sur la combinaison optimale en termes d'AP.

Enfin, l'AP a un impact positif sur la perception que les jeunes PEP ont d'eux même, et augmente leur confiance dans d'autres domaines, dont les compétences sociales. Une étude qualitative a mis en avant que la pratique d'AP (30 minutes d'AP de type aérobie, 30 minutes de

résistance, avec 3 séries de 12 répétitions ciblant les grands groupes musculaires) améliore leur confiance en eux, leur estime de soi, ainsi que le sentiment d'efficacité personnelle (soit leur confiance dans leur capacité à mener à bien des actions). De même, les jeunes PEP soulignaient que les changements corporels induits par l'AP avaient des répercussions positives. En effet, ils se percevaient avec une meilleure santé, une meilleure forme physique, avaient une image corporelle plus positive et un meilleur sentiment d'accomplissement de soi qui pourrait aider plus largement dans le processus de rétablissement (Firth et coll., 2016a). Enfin, la pratique d'AP est considérée comme un outil visant à rompre l'isolement social que peuvent vivre des jeunes PEP (Brooke et coll., 2019).

Finalement, sur la question de l'abus de substance, la revue systématique de Thompson et coll. (2020) suggère que l'AP pourrait potentiellement augmenter le taux d'abstinence pour les drogues illicites ainsi que diminuer la gravité et la présence des symptômes de sevrage. Toutefois, cette revue n'incluait pas de personnes ayant des troubles psychotiques donc il est difficile de conclure sur ce point.

Stratégies pour inciter à l'activité physique

Les taux importants d'inactivité physique et d'abandon de programmes d'AP (jusqu'à 60 %) sont des défis majeurs chez les PEP (Firth et coll., 2015; Romain et coll., 2019). La majorité des études concluent que le manque de motivation est la principale barrière à l'initiation et au maintien de la pratique d'AP chez les personnes ayant des troubles psychotiques et chez les jeunes PEP (Bernard et coll., 2013b; Firth et coll., 2016b; Romain et coll., 2020 d). Les autres barrières identifiées sont le manque de soutien social, la fatigue perçue, les effets ressentis des traitements, les symptômes, les niveaux d'anxiété et de dépression élevés, un niveau faible de contacts sociaux, d'autonomie et d'expérience passée en AP, ou les conditions climatiques difficiles (Bernard et coll., 2013b; Firth et coll., 2016b; Romain et coll., 2020 d). Un guide permettant d'adresser différentes barrières est d'ailleurs disponible en français (Chalfoun et coll., 2015).

Afin de faciliter une motivation accrue envers l'AP, plusieurs stratégies peuvent être mises en place. La première stratégie consiste en l'utilisation des facilitateurs à l'AP — soit les raisons pour lesquelles les jeunes PEP s'engageraient dans l'AP. Une méta-analyse montre que les personnes ayant un trouble psychotique pratiquent une AP

pour améliorer leur santé (91 %), perdre du poids (83 %), réduire leur stress (80 %), gérer leur humeur (78 %), améliorer leur sommeil (72 %), le plaisir (54 %) et satisfaire aux aspects sociaux (27 %) (Firth et coll., 2016b). Ces facilitateurs à l'AP peuvent être utilisés pour individualiser les conseils en fonction de ce qui va motiver le jeune qui serait concerné (p. ex. « L'AP t'aiderait à améliorer ton humeur »).

La seconde stratégie consiste en la construction de programmes d'AP basés sur les préférences des jeunes PEP — c'est-à-dire que le jeune choisit les AP qu'il veut faire et décide également de l'intensité. Cet engagement dans l'AP permet d'améliorer leur sentiment d'autonomie (un facteur motivationnel important) (Vancampfort et coll., 2018). Pour les jeunes PEP, les AP préférées sont la marche, le vélo, la course, le yoga, les poids et haltères et la danse (Romain et coll., 2020d). Dans l'éventualité d'un programme d'AP, les préférences iraient pour un entraînement incluant des sessions à l'intérieur ainsi qu'à l'extérieur et qui seraient supervisées par un professionnel de l'AP (Romain et coll., 2020d). De plus, il n'y avait pas de préférences pour l'entraînement seul ou en groupe (Romain et coll., 2020d). Toutefois, le manque de soutien social étant une barrière à la pratique d'AP chez les jeunes PEP, offrir des programmes de groupe pourrait diminuer cette barrière. Les AP d'intensité plus élevée sont également favorisées par les jeunes ainsi que les sessions d'entraînement plus longues (30 minutes et plus) (Subramaniapillai et coll., 2016). Ces approches basées sur les préférences, plus novatrices, semblent associées à de meilleurs taux de rétention dans l'AP, notamment chez les jeunes PEP (Firth et coll., 2018) tout en ayant des effets similaires à ceux retrouvés dans les programmes plus classiques (Firth et coll., 2018). Par conséquent, baser son intervention d'AP sur les préférences constitue une opportunité d'effectuer du conseil. Typiquement, on peut demander au jeune d'indiquer son AP favorite afin de créer un plan d'intervention autour de cela.

La troisième stratégie qui peut être intégrée pour faciliter l'initiation de l'AP consiste en l'utilisation des approches motivationnelles ancrées théoriquement ou sur des techniques de changement de comportement (Romain et Bernard, 2018). Une méta-analyse incluant exclusivement des études réalisées auprès de personnes ayant des troubles psychotiques a montré que l'inclusion de stratégies basées sur des modèles de motivation augmentait le niveau d'AP, en plus des bénéfices sur le poids, le tour de taille, et la glycémie à jeun (Romain et coll., 2020a). Un modèle qui offre un cadre d'intervention applicable est le modèle transthéorique (Prochaska et DiClemente, 1982). Ce modèle

contient plusieurs composantes que sont les stades de changement (soit où en est l'individu en termes de motivation ou d'intention de modifier son comportement en lien avec la pratique d'AP), la balance décisionnelle (soit identifier les avantages et inconvénients en lien avec le fait de modifier son AP), le sentiment d'efficacité personnelle et les processus de changement (soit identifier les stratégies expérientielles ou comportementales utilisées par les personnes pour modifier leur AP). Dans ce modèle, les composantes les plus importantes pour augmenter l'AP sont les processus de changement (tableau 2) ainsi que le sentiment d'efficacité personnelle (Romain et coll., 2018). Des associations entre les différentes composantes du modèle et le niveau d'AP de personnes ayant un trouble psychotique ont été démontrées préalablement (Romain et Abdel-Baki, 2017). L'impact d'une intervention motivationnelle brève incluant le modèle transthéorique et visant l'augmentation de l'AP a confirmé son efficacité auprès d'adultes ayant des troubles psychotiques et une obésité sévère (Romain et coll., 2020b). Dans le but d'appliquer le modèle transthéorique de façon concrète, des stratégies d'action des processus de changement sont indiquées dans le tableau 2 (Romain et coll., 2020c).

Les stratégies motivationnelles peuvent être appliquées en utilisant des techniques de changement de comportement. Des méta-analyses ou revues systématiques ont montré leur utilisation auprès de personnes ayant des troubles psychotiques ou auprès de jeunes à haut risque d'avoir un PEP avec des résultats prometteurs sur l'AP (Carney et coll., 2016; Farholm et Sørensen, 2016; Romain et coll., 2020a). Si des techniques de changement de comportement ont été utilisées à des fins de promotion de l'AP, par exemple la fixation de but, les stratégies de *coping*, l'autosurveillance de l'AP, les récompenses, le support social (Farholm et Sørensen, 2016), leur efficacité doit encore être montrée empiriquement auprès des jeunes PEP. Une description complète de ces techniques ainsi que des stratégies à utiliser est disponible en accès libre (Chevance, 2019).

TABLEAU 2

Processus de changement, leurs descriptions et les stratégies pour les activer

Processus de changement	Description	Stratégies
Expérientiels		
Prise de conscience	Efforts réalisés par l'individu pour rechercher des informations sur l'AP	Fournir des informations au sujet de l'AP, ses bénéfices et les risques encourus en lien avec l'inactivité
Réaction émotionnelle	Aspects affectifs liés au fait d'être plus actif	Rétroaction sur les conséquences de l'inactivité physique, réaliser des jeux de rôle pour identifier les enjeux affectifs
Autoréévaluation	Réévaluation des valeurs que l'individu a de lui par rapport à l'AP	Clarification des valeurs de l'individu au regard de l'AP Identifier s'il se perçoit comme une personne qui pourrait être active
Réévaluation environnementale	Évaluation par l'individu de son (in)activité physique et des conséquences sur son environnement physique et social	Encourager les réflexions au sujet de l'inactivité physique, la façon dont elle affecte la vie de l'individu et comment elle pourrait être modifiée
Libération sociale	Reconnaissance du fait que les normes sociales actuelles encouragent les modes de vie plus actifs ou la mobilité active	Mettre en avant les campagnes de santé publique portant sur l'AP Montrer comment utiliser les transports en commun ou les alternatives Montrer des alternatives et opportunités existantes par rapport au comportement problématique
Comportementaux		
Autolibération	S'engager à modifier son AP et croire en ses capacités à devenir plus actif	Créer des stratégies de fixation de buts ou d'objectifs en lien avec l'AP Créer des plans d'AP
Relations d'aide	Utiliser le support social (p. ex. la famille, les ami.e.s et les docteurs) pour modifier son AP	Lister les personnes qui peuvent encourager, être sources de support dans la pratique d'AP, puis les contacter pour qu'elles aident à l'AP en termes de motivation ou de pratique
Contreconditionnement	Substitution du comportement problématique par le comportement sain	Identifier les situations menant à une sédentarité accrue Établir différents scénarios qui pourront permettre l'intégration de l'AP
Gestion des renforcements	Utiliser du renforcement et des systèmes de récompense pour renforcer le fait d'être actif	Établir une liste de récompenses associées à l'atteinte d'objectifs liés à l'AP
Contrôle des stimuli	Modifier l'environnement pour encourager l'AP	Montrer, afficher, coller des images, des messages, des notes encourageant à la pratique d'AP dans différents endroits (cuisine, salle de bain, porte d'entrée)

La thérapie par l'aventure : une nouvelle façon d'utiliser l'activité physique dans le processus de rétablissement

La thérapie par l'aventure (TA), qui consiste à la mise en œuvre, de façon méthodique et à des fins cliniques, d'activités d'aventure visant des changements comportementaux, représente une illustration d'une approche globale adaptée aux besoins de jeunes avec un PEP. Le cadre thérapeutique établi par la TA et les diverses activités proposées engagent le jeune dans sa globalité et peuvent agir comme catalyseur de changement. Cette approche a démontré, auprès d'une clientèle d'adultes ayant un diagnostic de schizophrénie et psychoses apparentées, une amélioration en ce qui concerne l'estime de soi, le sentiment d'efficacité personnelle, le degré d'anxiété et de dépression (Kelley et coll., 1997), le fonctionnement global, le sentiment d'accomplissement et le changement de perspective (Voruganti et coll., 2006) ainsi qu'une amélioration de l'engagement dans le processus de rétablissement, du bien-être émotionnel et de l'énergie (Bryson et coll., 2013). Le modèle adopté par plusieurs PPEP québécois consiste à s'associer à un organisme à but non lucratif spécialisé en intervention par la nature et l'aventure (p. ex. Faceauxvents.org), qui s'occupe de la programmation et de la logistique et offre des spécialistes de plein air qualifiés qui travaillent en collaboration avec les intervenants du PPEP. Une formule intéressante consiste à offrir, pendant 4 à 6 semaines, des rencontres bihebdomadaires : une activité sportive ainsi qu'une réunion pour se familiariser à l'expédition à venir et pour établir des objectifs personnels. Ces rencontres préparatoires sont suivies d'une expédition de 4 jours où le groupe, généralement composé de 10 à 12 participants, de 2 intervenants du PPEP et 2 intervenants de plein air, va mener des activités variées : planification de la journée, installation du campement, randonnée, canotage, tyrolienne, canyoning, préparation des repas, groupe de discussion autour du feu. Une même activité permet un travail sous différents angles tels que la forme physique, la persévérance, les habiletés sociales, le dépassement de soi, ou l'expérimentation de saines habitudes de vie. Une étude qualitative a montré l'impact positif de la TA sur le rétablissement de jeunes suivis en PPEP et a mis en lumière un effet positif sur la relation avec soi-même et les autres. Cinq thèmes principaux ont aussi émergé : 1) vivre des émotions intenses dans un cadre contenant ; 2) développer de nouvelles perceptions quant à ses habiletés personnelles, à ses intérêts ou à ses qualités ; 3) améliorer son autocritique à travers la rétroaction des autres ; 4) vivre

des interactions sociales positives; 5) avoir la possibilité de partager avec d'autres sur son expérience personnelle liée à la psychose (Girard et coll., 2020). Les bénéfices de la TA sont variés: pour certains, cela s'exprime dans le quotidien par le changement de certaines habitudes tandis que, pour d'autres, les impacts positifs concernent l'AP, l'estime de soi et la confiance personnelle (Girard et coll., 2020).

Rôle des équipes dans la santé physique

Le rôle des équipes traitantes dans la gestion de la santé physique est important tant pour la promotion des saines habitudes de vie que le suivi des différents marqueurs du syndrome métabolique tel que décrit dans les différents guides existants (Chalfoun et coll., 2015) afin de prévenir l'apparition de pathologies chroniques. Quoique le dépistage des différents facteurs de risque se soit amélioré au cours des dernières années, il demeure sous-optimal (Mitchell et Hardy, 2013; Perry et coll., 2021). Une fois les troubles métaboliques détectés, des solutions doivent être proposées (modification pour une médication associée à moins de troubles métaboliques et/ou le traitement pharmacologique et non pharmacologique de ceux-ci). Néanmoins, il n'existe pas à notre connaissance de lignes directrices claires qui soient aux PEP. Les interventions multidisciplinaires incluant, entre autres, de l'AP peuvent non seulement contribuer à améliorer les paramètres métaboliques, mais aussi à diminuer la dose d'antipsychotique, eu égard aux effets positifs de l'AP sur la sévérité de la psychopathologie (Deenik et coll., 2018), donc en éviter certains effets iatrogènes. L'ajout d'un agent pharmacologique pouvant favoriser la perte de poids (p. ex. Topiramate, Metformine) peut être envisagé. Toutefois, la majorité des études à ce sujet ont des bénéfices modestes sur le poids ou le tour de taille, et les effets indésirables de ces molécules peuvent être importants ce qui n'en fait pas la première stratégie à adopter (Chalfoun, et coll., 2015).

Le second rôle que peuvent avoir les PPEP est celui d'intervenir, d'abord en faisant de la promotion de la santé incluant AP, saine nutrition et arrêt tabagique. Cependant, les professionnels de santé mentale ne sont pas formés à la promotion des différentes habitudes de vie (Romain et coll., 2020e). Ainsi, la santé physique n'est pas considérée comme une priorité dans les plans d'intervention (Lerbæk et coll., 2019; Romain et coll., 2020e) comme peuvent l'être la gestion des symptômes ou le retour à l'emploi (Stenov et coll., 2020). Toutefois, les jeunes PEP expriment que la gestion de leur santé physique est

importante et que les conseils provenant des intervenants sont importants pour eux (Morell et coll., 2019; Romain et coll., 2020e). Par conséquent, il est important que les PPEP s'engagent dans ces actions de promotion, tel que l'intégration d'interventions brèves et simples qui sont faisables par des non-spécialistes de l'AP (Romain et coll., 2020b). De plus, l'AP devrait être considérée comme un signe vital (Vancampfort et coll., 2016) et, à ce titre, être évaluée mensuellement avec des outils adéquats (Rosenbaum et coll., 2020). À ce sujet, il existe un questionnaire d'évaluation de l'AP (le SIMPAQ) dont la validation a inclus des jeunes PEP, et qui est disponible en français. Ensuite, dans leurs interventions, les professionnels peuvent écrire dans leurs notes cliniques les rencontres au cours desquelles ils ont effectué des actions de promotion de l'AP ainsi que les thématiques abordées (p. ex. évaluation de l'AP, conseils motivationnels, rencontre active) pour en assurer le suivi (Ashdown-Franks et coll., 2020). Des stratégies supplémentaires consisteraient en l'instauration de groupe d'AP au sein des cliniques, à l'embauche de professionnels de l'AP (p. ex. kinésiologue, enseignants en activité physique adaptée, physiothérapeute) ou à des partenariats avec des organismes communautaires pour favoriser l'adoption d'un mode de vie plus sain et actif. Un guide d'accompagnement en français visant à soutenir les professionnels de l'AP et de la santé mentale dans la pratique d'AP chez les patients PEP en proposant une trajectoire de séance en séance qui intègre des stratégies motivationnelles et les principes incluent dans cet article, est disponible gratuitement (Dubois et coll., 2019).

Conclusion

Les années suivant le début du traitement pour un PEP constituent une période critique sur de nombreux plans et l'AP est une intervention qui gagne à y être intégrée. Dans le présent article, nous avons montré que les jeunes PEP avaient des défis importants en ce qui a trait à leur santé physique et que les AP de type aérobie, résistance ou encore de type corps et esprit représentent une intervention efficace sur de nombreux facteurs. Nous avons également proposé des pistes de solution pour permettre d'augmenter la motivation à l'AP. Par conséquent, et au vu de ses bénéfices sur la santé physique et mentale, l'AP peut être considérée comme une intervention thérapeutique à part entière. En termes de recherche, l'identification de la bonne dose d'AP en fonction des effets recherchés reste un des défis futurs. Par

exemple, les études actuelles permettent difficilement de conclure sur les impacts de l'AP sur les différentes composantes du syndrome métabolique (p. ex. la pression artérielle). La question de l'AP auprès des jeunes PEP ayant un abus de substance représente une avenue de recherche importante puisque l'AP semble avoir un impact positif chez les PEP et chez les personnes avec toxicomanie, mais aucune étude sur la population présentant les 2 affections n'a été publiée à ce jour. Concernant la présente revue, si elle montre de clairs bénéfices de l'AP, certaines limites sont à mettre en exergue. Tout d'abord, il s'avère nécessaire que des études supplémentaires avec de meilleurs devis soient réalisées, car les méta-analyses et revues systématiques montrent qu'il existe moins d'une dizaine d'études s'intéressant à l'AP auprès des PEP. Ensuite, dans la majorité des études, la méthodologie autour de l'AP en termes de nature, fréquence, intensité, supervision est faiblement décrite. Par conséquent, il est difficile de trouver la dose exacte associée aux bénéfices optimaux. Enfin, les méta-analyses incluses ont souvent un nombre d'études incluses relativement faible ce qui peut en limiter les conclusions. Néanmoins, ceci ne devrait pas ralentir les efforts supplémentaires qui doivent être faits pour que l'AP soit offerte de façon systématique aux jeunes PEP. Les professionnels de santé et ceux de l'AP ont un rôle important à jouer afin de faciliter une meilleure santé physique.

Vignette clinique

Francis, 21 ans, vit chez ses parents. Dans le contexte d'un début de maladie psychotique, il a cessé l'école et passe ses journées à écouter des vidéos sur YouTube et fumer des cigarettes. Il trouve les journées longues, mais n'a pas la motivation de sortir de chez lui malgré les conseils de son médecin de faire idéalement au moins 90 min d'activité physique par semaine. Mais son médecin lui a bien dit, l'important c'est de bouger toujours un peu plus ne serait-ce que 5-10 min par jour pour débiter et de tenter d'intégrer l'AP dans sa routine, car selon l'infirmière, il a déjà pris 5 kg depuis le début de la prise d'antipsychotique et ce malgré le fait que son médecin a choisi « celui qui ferait prendre le moins de poids ». Après discussion sur la situation en réunion d'équipe, son intervenante lui propose de faire ses rencontres avec lui en marchant pour le motiver à essayer de bouger, ce qu'il a pris plaisir à faire ; il faisait un beau soleil. Ils discutent du fait qu'il aimait beaucoup le vélo et le basketball lorsqu'il était au secondaire. Elle lui propose de regarder au centre communautaire près de chez lui ; il trouve l'idée intéressante, mais n'y donne pas suite ayant de la difficulté à se motiver. Elle lui propose donc de faire l'appel avec lui pour prendre de

l'information, puis d'inviter un ami avec lui à s'inscrire au basketball. Encore une fois, il ne donne pas suite, mais apprécie maintenant venir au groupe de sport proposé à la clinique où il joue avec plaisir au basket et discute avec d'autres jeunes ayant un PEP de leur processus de rétablissement. Ça l'encourage. Un d'entre eux lui parle d'un programme fait en collaboration avec un kinésiologue qui propose des entraînements supervisés pour « repartir » l'habitude de s'entraîner. Il en parle avec son intervenante qui le met en contact. Puisque le kinésiologue l'attend, il se présente régulièrement. Il est fier, il a perdu du poids et est moins essoufflé. Il mange mieux à la suite des conseils de son infirmière.

RÉFÉRENCES

- Abdel-Baki, A., Brazzini-Poisson, V., Marois, F., Letendre, É. et Karelis, A. D. (2013). Effects of aerobic interval training on metabolic complications and cardiorespiratory fitness in young adults with psychotic disorders: A pilot study. *Schizophrenia Research*, 149(1-3), 112-115. doi: 10.1016/j.schres.2013.06.040
- Ahmed, S., Virani, S., Kotapati, V. P., Bachu, R., Adnan, M., Khan, A. M., ... Ahmed, R. (2018). Efficacy and Safety of Varenicline for Smoking Cessation in Schizophrenia: A Meta-Analysis. *Frontiers in Psychiatry*, 9. doi: 10.3389/fpsy.2018.00428
- Alvarez-Jimenez, M., Hetrick, S. E., Gonzalez-Blanch, C., Gleeson, J. F. et McGorry, P. D. (2008). Non-pharmacological management of antipsychotic-induced weight gain: systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials. *The British Journal of Psychiatry*, 193(2), 101-107. doi: 10.1192/bjp.bp.107.042853
- Ashdown-Franks, G., Sabiston, C. M., Koyanagi, A., Vancampfort, D., Firth, J., Stewart, R. et Stubbs, B. (2020). Predictors of physical activity recording in routine mental healthcare. *Mental Health and Physical Activity*, 18, 100329. doi: 10.1016/j.mhpa.2020.100329
- Ashdown-Franks, G., Williams, J., Vancampfort, D., Firth, J., Schuch, F., Hubbard, K., ... Stubbs, B. (2018). Is it possible for people with severe mental illness to sit less and move more? A systematic review of interventions to increase physical activity or reduce sedentary behaviour. *Schizophrenia Research*, 202, 3-16. doi: 10.1016/j.schres.2018.06.058
- Bak, M., Fransen, A., Janssen, J., van Os, J. et Drukker, M. (2014). Almost all antipsychotics result in weight gain: a meta-analysis. *PloS One*, 9(4), e94112. doi: 10.1371/journal.pone.0094112
- Bernard, P. P. N., Esseul, E. C., Raymond, L., Dandonneau, L., Xambo, J.-J., Carayol, M. S. et Ninot, G. J.-M. G. (2013a). Counseling and exercise intervention for smoking reduction in patients with schizophrenia: a feasibility study. *Archives of Psychiatric Nursing*, 27(1), 23-31. doi: 10.1016/j.apnu.2012.07.001
- Bernard, P., Romain, A. J., Esseul, E., Artiguisse, M., Poy, Y., Baghdadli, A. et Ninot, G. (2013b). [A systematic review of barriers to physical activity and motivation for adults with schizophrenia]. *Science & Sports*, 28(5), 247-252. doi: 10.1016/j.scispo.2013.02.005

- Bernard, P., St-Amour, S. et Hains-Monfette, G. (2020). Trouble de l'usage de substances et des conduites addictives et activités physiques adaptées. Dans C. Maiano, O. Hue, G. Moulec et V. Pépin (dir.), *Guide d'intervention en activités physiques adaptées à l'intention des kinésologues* (p. 321-338). Presses de l'Université du Québec.
- Brooke, L. E., Lin, A., Ntoumanis, N. et Gucciardi, D. F. (2019). Is sport an untapped resource for recovery from first episode psychosis? A narrative review and call to action. *Early intervention in psychiatry*, 13(3), 358-368.
- Bryson, J., Feinstein, J., Spavor, J. et Kidd, S. A. (2013). An examination of the feasibility of adventure-based therapy in outpatient care for individuals with psychosis. *Canadian Journal of Community Mental Health*, 32(2), 1-11.
- CAN-ADAPTT. (2011). *Canadian Smoking Cessation Clinical Practice Guideline* [Guidelines]. Center for Addiction and Mental Health.
- Carney, R., Bradshaw, T. et Yung, A. R. (2016). Physical health promotion for young people at ultra-high risk for psychosis: An application of the COM-B model and behaviour-change wheel. *International Journal of Mental Health Nursing*, 25(6), 536-545. doi: 10.1111/inm.12243
- Chalfoun, C., Abdel-Baki, A., Letendre, E., Proulx, C. et Karelis, A. D. (2015). Amélioration de la santé cardiovasculaire par l'exercice physique chez les individus atteints de schizophrénie: un guide de pratique. *Obésité*, 10(1), 4-20. doi: 10.1007/s11690-014-0450-9
- Chevance, A. (2019, 7 juin). Traduction française de la taxonomie (v1) des techniques de changement de comportement. *Guillaume Chevance, PhD*. Récupéré de <https://guillaumechevance.com/2019/06/07/traduction-francaise-de-la-taxonomie-v1-des-techniques-de-changement-de-comportement/>
- Crockford, D. et Addington, D. (2017). Canadian Schizophrenia Guidelines: Schizophrenia and Other Psychotic Disorders with Coexisting Substance Use Disorders. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 62(9), 624-634. doi: 10.1177/0706743717720196
- Curtis, J., Watkins, A., Rosenbaum, S., Teasdale, S., Kalucy, M., Samaras, K. et Ward, P. B. (2016). Evaluating an individualized lifestyle and life skills intervention to prevent antipsychotic-induced weight gain in first-episode psychosis: Keeping the body in mind. *Early Intervention in Psychiatry*, 10(3), 267-276. doi: 10.1111/eip.12230
- Curtis, J., Zhang, C., McGuigan, B., Pavel-Wood, E., Morell, R., Ward, P. B., ... Lappin, J. (2018). y-QUIT: Smoking Prevalence, Engagement, and Effectiveness of an Individualized Smoking Cessation Intervention in Youth With Severe Mental Illness. *Frontiers in Psychiatry*, 0. doi: 10.3389/fpsy.2018.00683
- Dauwan, M., Begemann, M. J. H., Heringa, S. M. et Sommer, I. E. (2016). Exercise Improves Clinical Symptoms, Quality of Life, Global Functioning, and Depression in Schizophrenia: A Systematic Review and Meta-analysis. *Schizophrenia Bulletin*, 42(3), 588-599. doi: 10.1093/schbul/sbv164
- De Hert, M., Detraux, J., van Winkel, R., Yu, W. et Correll, C. U. (2011). Metabolic and cardiovascular adverse effects associated with antipsychotic drugs. *Nature Reviews Endocrinology*, 8(2), 114-126. doi: 10.1038/nrendo.2011.156

- Deenik, J., Tenback, D. E., van Driel, H. F., Tak, E. C., Hendriksen, I. J. et van Harten, P. N. (2018). Less medication use in inpatients with severe mental illness receiving a multidisciplinary lifestyle enhancing treatment. The MULTI Study III. *Frontiers in psychiatry*, 9, 707.
- Dondé, C., Achim, A. M., Brunelin, J., Poulet, E., Mondino, M. et Haesebaert, F. (2020). A meta-analysis of craving studies in schizophrenia spectrum disorders. *Schizophrenia Research*, 222, 49-57. doi: 10.1016/j.schres.2020.05.046
- Dubois, E., Romain, A. J. et Abdel-Baki, A. (2019). *Guide d'intervention visant à augmenter la motivation à l'activité physique pour les individus atteints de troubles mentaux: guide d'accompagnement pour le professionnel de la santé ou de l'activité physique*. Bibliothèque et Archives nationales du Québec. Récupéré de <https://numerique.banq.qc.ca/patrimoine/details/52327/3744576>
- Farholm, A. et Sørensen, M. (2016). Motivation for physical activity and exercise in severe mental illness: A systematic review of intervention studies. *International Journal of Mental Health Nursing*, 25(3), 194-205. doi: 10.1111/inm.12214
- Fernández-Abascal, B., Suárez-Pinilla, P., Cobo-Corrales, C., Crespo-Facorro, B. et Suárez-Pinilla, M. (2021). In- and outpatient lifestyle interventions on diet and exercise and their effect on physical and psychological health: a systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials in patients with schizophrenia spectrum disorders and first episode of psychosis. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 125, 535-568. doi: 10.1016/j.neubiorev.2021.01.005
- Ferreira, A. et Coentre, R. (2020). A systematic review of tobacco use in first-episode psychosis. *The European Journal of Psychiatry*, 34(3), 132-142. doi: 10.1016/j.ejpsy.2020.03.005
- Firth, J., Carney, R., Elliott, R., French, P., Parker, S., McIntyre, R., ... Yung, A. R. (2018). Exercise as an intervention for first-episode psychosis: a feasibility study. *Early Intervention in Psychiatry*, 12(3), 307-315. doi: <https://doi.org/10.1111/eip.12329>
- Firth, J., Carney, R., Jerome, L., Elliott, R., French, P. et Yung, A. R. (2016a). The effects and determinants of exercise participation in first-episode psychosis: a qualitative study. *BMC Psychiatry*, 16(1). doi: 10.1186/s12888-016-0751-7
- Firth, J., Cotter, J., Elliott, R., French, P. et Yung, A. R. (2015). A systematic review and meta-analysis of exercise interventions in schizophrenia patients. *Psychological Medicine*, 45(7), 1343-1361. doi: 10.1017/S0033291714003110
- Firth, J., Rosenbaum, S., Stubbs, B., Gorczynski, P., Yung, A. R. et Vancampfort, D. (2016b). Motivating factors and barriers towards exercise in severe mental illness: a systematic review and meta-analysis. *Psychological Medicine*, 1-13. doi: 10.1017/S0033291716001732
- Girard, C., Dubé, É., Abdel-Baki, A. et Ouellet-Plamondon. (2020). Adventure therapy as intervention in psychosis. *Psychosis: Psychological, Social, and Integrative Approaches*.
- John, A., McGregor, J., Jones, I., Lee, S. C., Walters, J. T., Owen, M. J., ... Lloyd, K. (2018). Premature mortality among people with severe mental illness—new evidence from linked primary care data. *Schizophrenia research*, 199, 154-162.
- Kelley, M. P., Coursey, R. D. et Selby, P. M. (1997). Therapeutic adventures outdoors: A demonstration of benefits for people with mental illness. *Psychiatric Rehabilitation Journal*.

- Kern, L., Marchetti, É. et Willard, D. (2018). Chapitre 3. Démarche générale pour créer un programme d'activité physique adaptée. *Les Ateliers du praticien*, 38-53.
- Kugathasan, P. (2020). Association of physical health multimorbidity with mortality in people with schizophrenia spectrum disorders: Using a novel semantic search system that captures physical diseases in electronic patient records. *Schizophrenia Research*, 216, 408-415. doi: <https://doi.org/10.1016/j.schres.2019.10.061>
- Lerbæk, B., Jørgensen, R., Aagaard, J., Nordgaard, J. et Buus, N. (2019). Mental health care professionals' accounts of actions and responsibilities related to managing physical health among people with severe mental illness. *Archives of Psychiatric Nursing*, 33(2), 174-181. doi: [10.1016/j.apnu.2018.11.006](https://doi.org/10.1016/j.apnu.2018.11.006)
- Mitchell, A. J., Delaffon, V., Vancampfort, D., Correll, C. U. et De Hert, M. (2012). Guideline concordant monitoring of metabolic risk in people treated with anti-psychotic medication: systematic review and meta-analysis of screening practices. *Psychological Medicine*, 42(1), 125-147. doi: [10.1017/S003329171100105X](https://doi.org/10.1017/S003329171100105X)
- Mitchell, A. J. et Hardy, S. A. (2013). Screening for metabolic risk among patients with severe mental illness and diabetes: a national comparison. *Psychiatric Services*, 64(10), 1060-1063.
- Mitchell, A. J., Vancampfort, D., De Herdt, A., Yu, W. et De Hert, M. (2013). Is the prevalence of metabolic syndrome and metabolic abnormalities increased in early schizophrenia? A comparative meta-analysis of first episode, untreated and treated patients. *Schizophrenia Bulletin*, 39(2), 295-305. doi: [10.1093/schbul/sbs082](https://doi.org/10.1093/schbul/sbs082)
- Morell, R., Curtis, J., Watkins, A., Poole, J., Fibbins, H., Rossimel, E., ... Ward, P. B. (2019). Cardio-metabolic risk in individuals prescribed long-acting injectable antipsychotic medication. *Psychiatry research*, 281, 112606.
- Nyboe, L., Lemcke, S., Møller, A. V. et Stubbs, B. (2019). Non-pharmacological interventions for preventing weight gain in patients with first episode schizophrenia or bipolar disorder: A systematic review. *Psychiatry Research*, 281, 112556. doi: [10.1016/j.psychres.2019.112556](https://doi.org/10.1016/j.psychres.2019.112556)
- O'Donoghue, B., Castagnini, E., Langstone, A., Mifsud, N., Thompson, A., Killackey, E. et McGorry, P. (2021). Sedentary behaviour in young people presenting with a first episode of psychosis before and during the covid-19 pandemic restrictions. *Schizophrenia Research*, 233, 31-33. doi: [10.1016/j.schres.2021.06.006](https://doi.org/10.1016/j.schres.2021.06.006)
- Perry, B. I., Osimo, E. F., Upthegrove, R., Mallikarjun, P. K., Yorke, J., Stochl, J., ... Khandaker, G. M. (2021). Development and external validation of the Psychosis Metabolic Risk Calculator (PsyMetRiC): a cardiometabolic risk prediction algorithm for young people with psychosis. *The Lancet Psychiatry*, 8(7), 589-598. doi: [10.1016/S2215-0366\(21\)00114-0](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(21)00114-0)
- Plana-Ripoll, O., Pedersen, C. B., Agerbo, E., Holtz, Y., Erlangsen, A., Canudas-Romo, V., ... Erskine, H. E. (2019). A comprehensive analysis of mortality-related health metrics associated with mental disorders: a nationwide, register-based cohort study. *The Lancet*, 394(10211), 1827-1835.
- Prochaska, J. O. et DiClemente, C. C. (1982). Transtheoretical therapy: Toward a more integrative model of change. *Psychotherapy: Theory, Research & Practice*, 19(3), 276. doi: [10.1037/h0088437](https://doi.org/10.1037/h0088437)

- Reeve, S., Sheaves, B. et Freeman, D. (2019). Sleep Disorders in Early Psychosis: Incidence, Severity, and Association With Clinical Symptoms. *Schizophrenia Bulletin*, 45(2), 287-295. doi: 10.1093/schbul/sby129
- Romain, A. J. (2018). An ounce of prevention outweighs kilograms of weight loss. *Psychiatry Research*, 262, 341-342. doi: 10.1016/j.psychres.2017.06.006
- Romain, A. J. et Abdel-Baki, A. (2017). Using the transtheoretical model to predict physical activity level of overweight adults with serious mental illness. *Psychiatry Research*, 258, 476-480. doi: 10.1016/j.psychres.2017.08.093
- Romain, A. J. et Bernard, P. (2018). Behavioral and Psychological Approaches in Exercise-Based Interventions in Severe Mental Illness. Dans B. Stubbs et S. Rosenbaum (dir.), *Exercise-Based Interventions for Mental Illness* (Academic Press, p. 187-207). Elsevier. doi: 10.1016/B978-0-12-812605-9.00010-1
- Romain, A. J., Bernard, P., Akkrass, Z., St-Amour, S., Lachance, J.-P., Hains-Monfette, G.,... Abdel-Baki, A. (2020a). Motivational theory-based interventions on health of people with several mental illness: A systematic review and meta-analysis. *Schizophrenia Research*, 222, 31-41. doi: 10.1016/j.schres.2020.05.049
- Romain, A. J., Bortolon, C., Gourlan, M., Carayol, M., Decker, E., Lareyre, O.,... Bernard, P. (2018). Matched or nonmatched interventions based on the transtheoretical model to promote physical activity. A meta-analysis of randomized controlled trials. *Journal of Sport and Health Science*, 7(1), 50-57. doi: 10.1016/j.jshs.2016.10.007
- Romain, A. J., Cadet, R. et Baillot, A. (2020b). Brief Theory-based Intervention to Improve Physical Activity in Men with Psychosis and Obesity: A Feasibility Study. *Science of Nursing and Health Practices— Science infirmière et pratiques en santé*, 3(2), 6. doi: <https://doi.org/10.31770/2561-7516.1084>
- Romain, A. J., Dubois, E., Parent, É. et Abdel-Baki, A. (2020c). Schizophrénie et activités physiques adaptées. Dans C. Maiano, O. Hue, G. Moullec et V. Pépin (dir.), *Guide d'intervention en activités physiques adaptées à l'intention des kinésiologues* (vol. 1, p. 305-320). Presses de l'Université du Québec.
- Romain, A. J., Fankam, C., Karelis, A. D., Letendre, E., Mikolajczak, G., Stip, E. et Abdel-Baki, A. (2019). Effects of high intensity interval training among overweight individuals with psychotic disorders: A randomized controlled trial. *Schizophrenia Research*, 210, 278-286. doi: 10.1016/j.schres.2018.12.021
- Romain, A. J., Letendre, E., Akkrass, Z., Avignon, A., Karelis, A. D., Sultan, A. et Abdel-Baki, A. (2017). Can HbA1c be Used to Screen for Glucose Abnormalities Among Adults with Severe Mental Illness? *Experimental and Clinical Endocrinology & Diabetes*, 125(4), 251-255. doi: 10.1055/s-0042-116313
- Romain, A. J., Longpré-Poirier, C., Tannous, M. et Abdel-Baki, A. (2020d). Physical activity for patients with severe mental illness: Preferences, barriers and perceptions of counselling. *Science & Sports*, 35(5), 289-299. doi: <https://doi.org/10.1016/j.scispo.2020.03.005>
- Romain, A. J., Trottier, A., Karelis, A. D. et Abdel-Baki, A. (2020e). Do Mental Health Professionals Promote a Healthy Lifestyle among Individuals Experiencing Serious Mental Illness? *Issues in Mental Health Nursing*, 41(6), 531-539. doi: 10.1080/01612840.2019.1688436

- Rosenbaum, S., Morell, R., Abdel-Baki, A., Ahmadpanah, M., Anilkumar, T. V., Baie, L., ... Ward, P. B. (2020). Assessing physical activity in people with mental illness: 23-country reliability and validity of the simple physical activity questionnaire (SIMPAQ). *BMC psychiatry*, 20(1), 108. doi: 10.1186/s12888-020-2473-0
- Rosenbaum, S., Tiedemann, A., Sherrington, C., Curtis, J. et Ward, P. B. (2014). Physical activity interventions for people with mental illness: a systematic review and meta-analysis. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 75(9), 964-974. doi: 10.4088/JCP.13r08765
- Solmi, M., Fiedorowicz, J., Poddighe, L., Delogu, M., Miola, A., Høye, A., ... Correll, C. U. (2021). Disparities in Screening and Treatment of Cardiovascular Diseases in Patients With Mental Disorders Across the World: Systematic Review and Meta-Analysis of 47 Observational Studies. *The American Journal of Psychiatry*, appiajp202121010031. doi: 10.1176/appi.ajp.2021.21010031
- Sørensen, H. J., Nielsen, P. R., Benros, M. E., Pedersen, C. B. et Mortensen, P. B. (2015). Somatic Diseases and Conditions Before the First Diagnosis of Schizophrenia: A Nationwide Population-based Cohort Study in More Than 900 000 Individuals. *Schizophrenia Bulletin*, 41(2), 513-521. doi: 10.1093/schbul/sbu110
- Stenov, V., Joensen, L. E., Knudsen, L., Hansen, D. L. et Tapager, I. W. (2020). "Mental Health Professionals Have Never Mentioned My Diabetes, They Don't Get Into That": A Qualitative Study of Support Needs in Adults With Type 1 and Type 2 Diabetes and Severe Mental Illness. *Canadian Journal of Diabetes*, 44(6), 494-500.
- Stubbs, B., Firth, J., Berry, A., Schuch, F. B., Rosenbaum, S., Gaughran, F., ... Vancampfort, D. (2016). How much physical activity do people with schizophrenia engage in? A systematic review, comparative meta-analysis and meta-regression. *Schizophrenia Research*, 176(2-3), 431-440. doi: 10.1016/j.schres.2016.05.017
- Stubbs, B., Vancampfort, D., Hallgren, M., Firth, J., Veronese, N., Solmi, M., ... Kahl, K. G. (2018). EPA guidance on physical activity as a treatment for severe mental illness: a meta-review of the evidence and Position Statement from the European Psychiatric Association (EPA), supported by the International Organization of Physical Therapists in Mental Health (IOPTMH). *European Psychiatry*, 54, 124-144. doi: 10.1016/j.eurpsy.2018.07.004
- Subramaniapillai, M., Arbour-Nicitopoulos, K., Duncan, M., McIntyre, R. S., Mansur, R. B., Remington, G. et Faulkner, G. (2016). Physical activity preferences of individuals diagnosed with schizophrenia or bipolar disorder. *BMC Research Notes*, 9(1). doi: 10.1186/s13104-016-2151-y
- Teasdale, S. B., Burrows, T. L., Hayes, T., Hsia, C. Y., Watkins, A., Curtis, J. et Ward, P. B. (2020). Dietary intake, food addiction and nutrition knowledge in young people with mental illness. *Nutrition & Dietetics*, 77(3), 315-322.
- Teasdale, S. B., Ward, P. B., Rosenbaum, S., Watkins, A., Curtis, J., Kalucy, M. et Samaras, K. (2016). A nutrition intervention is effective in improving dietary components linked to cardiometabolic risk in youth with first-episode psychosis. *British Journal of Nutrition*, 115(11), 1987-1993.

- Thompson, T. P., Horrell, J., Taylor, A. H., Wanner, A., Husk, K., Wei, Y., ... Wallace, G. (2020). Physical activity and the prevention, reduction, and treatment of alcohol and other drug use across the lifespan (The PHASE review): A systematic review. *Mental Health and Physical Activity*, 19, 100360. doi: 10.1016/j.mhpa.2020.100360
- Tiihonen, J., Tanskanen, A. et Taipale, H. (2018). 20-Year Nationwide Follow-Up Study on Discontinuation of Antipsychotic Treatment in First-Episode Schizophrenia. *American Journal of Psychiatry*, 175(8), 765-773. doi: 10.1176/appi.ajp.2018.17091001
- Underner, M., Perriot, J., Brousse, G., de Chazeron, I., Schmitt, A., Peiffer, G.,... Jaafari, N. (2019). [Stopping and reducing smoking in patients with schizophrenia]. *L'Encephale*, 45(4), 345-356. doi: 10.1016/j.encep.2019.04.067
- Vancampfort, D., De Hert, M., Broderick, J., Lederman, O., Firth, J., Rosenbaum, S. et Probst, M. (2018). Is autonomous motivation the key to maintaining an active lifestyle in first-episode psychosis? *Early Intervention in Psychiatry*, 12(5), 821-827.
- Vancampfort, D., Firth, J., Correll, C. U., Solmi, M., Siskind, D., De Hert, M.,... Stubbs, B. (2019a). The impact of pharmacological and non-pharmacological interventions to improve physical health outcomes in people with schizophrenia: a meta-review of meta-analyses of randomized controlled trials. *World Psychiatry*, 18(1), 53-66. doi: 10.1002/wps.20614
- Vancampfort, D., Hert, M. D., Myin-Germeys, I., Rosenbaum, S., Stubbs, B., Damme, T. V. et Probst, M. (2019b). Validity and correlates of the International Physical Activity Questionnaire in first-episode psychosis. *Early Intervention in Psychiatry*, 13(3), 562-567. doi: 10.1111/eip.12521
- Vancampfort, D., Stubbs, B., Mitchell, A. J., De Hert, M., Wampers, M., Ward, P. B.,... Correll, C. U. (2015). Risk of metabolic syndrome and its components in people with schizophrenia and related psychotic disorders, bipolar disorder and major depressive disorder: a systematic review and meta-analysis. *World psychiatry*, 14(3), 339-347. doi: 10.1002/wps.20252
- Vancampfort, D., Stubbs, B., Probst, M., De Hert, M., Schuch, F. B., Mugisha, J.,... Rosenbaum, S. (2016). Physical activity as a vital sign in patients with schizophrenia: Evidence and clinical recommendations. *Schizophrenia Research*, 170(2-3), 336-340. doi: 10.1016/j.schres.2016.01.001
- Veru-Lesmes, F., Guay, S., Shah, J. L., Schmitz, N., Giguère, C.-É., Joobert, R., ... Malla, A. K. (2021). Adipose tissue dysregulation at the onset of psychosis: Adipokines and social determinants of health. *Psychoneuroendocrinology*, 123, 104915. doi: 10.1016/j.psyneuen.2020.104915
- Voruganti, L. N., Whatham, J., Bard, E., Parker, G., Babbey, C., Ryan, J., ... MacCrimmon, D. J. (2006). Going beyond: an adventure-and recreation-based group intervention promotes well-being and weight loss in schizophrenia. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 51(9), 575-580.

Premier épisode psychotique et trouble de l'usage de substance concomitants : revue narrative des meilleures pratiques et pistes d'approches adaptées pour l'évaluation et le suivi

Clairéline Ouellet-Plamondon^a

Amal Abdel-Baki^b

Didier Jutras-Aswad^c

RÉSUMÉ Objectifs Environ la moitié des jeunes adultes atteints de psychose débutante présentent aussi des troubles de l'usage de substance (TUS). Les impacts de la persistance des TUS sont importants et affectent négativement le pronostic symptomatique et fonctionnel, de même que la prise en charge des jeunes après un premier épisode psychotique (PEP). Cet article vise à identifier et à synthétiser les approches thérapeutiques les mieux démontrées comme utiles pour le traitement des jeunes adultes atteints de trouble concomitant (PEP et TUS) et de présenter des pistes d'approches pratiques et adaptées pour l'évaluation et le suivi des personnes avec PEP et TUS concomitants.

-
- a. Professeure agrégée de clinique, Département de psychiatrie et d'addictologie, Université de Montréal — Chercheure, Centre de recherche du CHUM, Montréal – Clinique Jeunes adultes psychotiques (JAP) et Unité de psychiatrie des toxicomanies (UPT) du Centre hospitalier de l'Université de Montréal.
 - b. Professeure titulaire, Département de psychiatrie et d'addictologie, Université de Montréal — Chercheure, Centre de recherche du CHUM, Montréal – Chef du Service de santé mentale jeunesse et de la Clinique JAP du Centre hospitalier de l'Université de Montréal.
 - c. Professeur agrégé, Département de psychiatrie et d'addictologie, Université de Montréal — Chercheur, Centre de recherche du CHUM, Montréal – Chef du département de psychiatrie du CHUM, Montréal.

Méthode Revue narrative de la littérature portant sur le traitement des jeunes adultes présentant un trouble concomitant (PEP et TUS).

Résultats Plusieurs recherches démontrent l'utilité des programmes pour PEP (PPEP) dans la prise en charge des TUS avec une diminution d'environ 50% des TUS au cours de la première année de suivi. Diverses interventions thérapeutiques ont été étudiées, mais aucune n'a démontré de supériorité substantielle à long terme par rapport au traitement standard offert dans les PPEP. Les études présentent par ailleurs plusieurs limites méthodologiques. À ce jour, les guides de pratique suggèrent d'offrir un traitement adapté et intégré de la psychose et des TUS et recommandent l'utilisation de diverses approches comme le suivi par intervenant pivot (*case management*), l'évaluation détaillée et la rétroaction quant aux TUS, à la psychose et à leur interinfluence, la réduction des méfaits, l'entretien motivationnel, la thérapie cognitivo-comportementale et la pharmacothérapie. Il est proposé ici d'ajuster le traitement de façon proactive pour tenir compte de la sévérité des troubles, de leurs impacts sur les différentes dimensions de l'évolution de la psychose, du stade développemental du jeune et de son stade de changement face à un TUS.

Conclusion Les données sur les meilleures pratiques dans le traitement des troubles concomitants PEP-TUS sont relativement limitées. Certaines approches semblent avoir le potentiel d'améliorer l'évolution clinique des jeunes vivant avec de telles conditions, surtout si elles sont adaptées à cette population. Par ailleurs, des travaux de recherche et des innovations dans la prise en charge des troubles concomitants doivent se poursuivre afin d'avoir davantage de données probantes et d'offrir des soins mieux adaptés aux jeunes adultes atteints de psychose avec TUS.

MOTS CLÉS premier épisode psychotique, intervention précoce, trouble de l'usage de substance, toxicomanie, trouble concomitant, traitement

First Episode Psychosis and Substance Use Disorder: Narrative Review of Best Practices and Adapted Approaches for Assessment and Monitoring

ABSTRACT Objectives About half of young adults with early psychosis also have substance use disorders (SUD). For young adults with first episode psychosis (FEP), the persistence of SUD negatively impacts the symptomatic and functional outcome as well as the management of the problems. This article aims to identify and synthesize the best therapeutic approaches for the treatment of young adults with concurrent disorders (FEP and SUD) and to present avenues for practical and adapted approaches for the assessment and follow-up of people with concurrent FEP and SUD.

Method Narrative literature review on the treatment of young adults with concurrent disorder (FEP and SUD).

Results Several studies demonstrate the usefulness of early intervention for psychosis services (EIS) in the management of SUD with approximately 50% decrease in SUD during the first year of follow-up. A variety of therapeutic interventions have been studied, but none have demonstrated substantial long-term superiority over the standard treatment offered in EIS. The studies also have several methodological limitations. To date, clinical guidelines suggest offering an adapted and integrated treatment for psychosis and SUD and recommend the use of various approaches such as case management, comprehensive assessment and feedback on SUD and psychosis as well as their interplay, harm reduction interventions, motivational interviewing, cognitive behavioural therapy, and pharmacotherapy. It is proposed here to proactively adjust the treatment to consider the severity of the disorders, their impact on the various dimensions of psychosis outcomes, the developmental stage of the young person and his or her stage of change with respect to substance use.

Conclusion Data on best practice in the treatment of concurrent PEP-SUD disorders are relatively limited. Some approaches appear to have the potential to improve the clinical course of young people living with such conditions, especially if they are adapted to this population. Furthermore, research and innovations in the management of concurrent disorders must continue to offer better adapted care to young adults with early psychosis and SUD.

KEYWORDS first episode psychosis, early intervention, substance use disorder, addiction, concurrent disorder, treatment

1. Introduction

L'intervention précoce pour la psychose offre des services adaptés pour les jeunes adultes atteints de psychose débutante. Elle permet d'améliorer l'évolution de ces jeunes tant au plan symptomatique que fonctionnel. Toutefois, la prise en charge de ceux atteints de premier épisode psychotique (PEP) et de trouble de l'usage de substances (TUS) concomitants représente un plus grand défi. Ce trouble concomitant est très prévalent (30 à 70 %) à l'admission dans les programmes d'intervention pour premiers épisodes psychotiques (PPEP). Par exemple, dans une étude prospective longitudinale réalisée à Montréal (Canada) auprès de 212 jeunes suivis en PPEP, 59 % présentaient un TUS à l'admission : 43 % au cannabis, 19 % à l'alcool, 15 % aux amphétamines et 7 % à la cocaïne. Parmi ceux-ci, plus de 20 % présentaient plus d'un TUS (Abdel-Baki et coll., 2017).

Cette cooccurrence s'accompagne de défis diagnostiques pour déterminer s'il s'agit d'un trouble psychotique induit versus un trouble

primaire en comorbidité avec un TUS (Ouellet-Plamondon et coll., 2019a). Ces défis sont souvent à l'origine de délais de diagnostic et d'initiation de traitement efficace requis. Ceci allonge, par le fait même, la durée de psychose non traitée qui a un impact négatif sur le pronostic de cette condition (Penttilä et coll., 2013). Les TUS ont par ailleurs en soi des impacts majeurs sur l'évolution de la psychose : davantage de symptômes positifs (Abdel-Baki et coll., 2017 ; Addington J et Addington D., 2007 ; Harrison et coll., 2008 ; Wade et coll., 2007), de symptômes dépressifs (Harrison et coll., 2008), d'hospitalisations (Abdel-Baki et coll., 2017), de rechutes psychotiques (Malla et coll., 2008 ; Alvarez-Jimenez et coll., 2012), ainsi qu'un moins bon fonctionnement social et occupationnel (Wade et coll., 2007 ; Abdel-Baki et coll., 2017). En plus des conséquences négatives au plan individuel, les TUS et la psychose (schizophrénie principalement étudiée) représentent un coût sociétal élevé lié aux soins de santé requis tels les hospitalisations, les visites à l'urgence et le suivi médical, à la perte de productivité, à la difficulté du maintien en emploi et aux problèmes judiciaires secondaires (Canadian Substances Use Cost and Harm, 2014 ; Chong et coll., 2016).

L'objectif de cet article est d'identifier et de synthétiser les approches thérapeutiques les mieux démontrées pour le traitement des jeunes adultes atteints de trouble concomitant (PEP et TUS) et de présenter des pistes d'approches pratiques et adaptées pour l'évaluation et le suivi des personnes avec PEP et TUS concomitants.

2. Méthode

Revue narrative de la littérature portant sur le traitement des jeunes adultes présentant un trouble concomitant (PEP et TUS). Les articles inclus ont été identifiés à partir de la base de données informatisée *Pubmed* en utilisant les mots clés suivants : ([early psychosis] OR [first episode psychosis]) AND ([concurrent disorder] OR [substance use disorder] OR [substance abuse] OR [dual disorder] OR [addiction]) AND ([detection] OR [early detection] OR [intervention] OR [early intervention] OR [treatment]) ainsi que de recherches supplémentaires dans les bibliographies des articles sélectionnés. La recherche a été faite en novembre 2021 et les articles retenus ont été publiés en français ou en anglais et portent spécifiquement sur le traitement des troubles concomitants (PEP et TUS). Les auteurs ayant une connaissance approfondie dans le domaine ont complété la recherche par des guides de

pratique abordant le PEP et le TUS qui n'avaient pas été identifiés par la stratégie de recherche décrite.

3. Résultats

Des 1924 études identifiées par le moteur de recherche, il y avait des guides de pratique (25), des revues systématiques (105) et des études randomisées contrôlées (ÉRC) à visée thérapeutiques (137).

Les titres et résumés ont été révisés puis les articles pertinents ont été lus et inclus dans cet article. Le nombre de revues systématiques (N = 1), d'études (N = 13) et de guides (N = 4) s'adressant spécifiquement au traitement des PEP avec cooccurrence de TUS était de 18 documents au total. Une revue systématique portant sur le traitement pharmacologique *per os* du trouble concomitant (TUS et trouble psychotique [non spécifiquement PEP]), a été incluse puisqu'aucune étude ne traitait de ce sujet spécifiquement dans la population avec trouble concomitant PEP et TUS. Trois guides de pratique sur les troubles psychotiques ont aussi été inclus, comme certaines portions étaient pertinentes portant sur les PEP et/ou sur le trouble concomitant (psychose et TUS). Deux guides de pratique, abordant le PEP et le TUS qui n'avaient pas été identifiés par la stratégie de recherche décrite mais connus des auteurs, ont été ajoutés (SAMHSA, 2019; ministère de la Santé et des Services sociaux, 2017).

Meilleures pratiques pour le trouble concomitant PEP et TUS

3.1 Résultats des études portant sur les interventions psychosociales pour la comorbidité PEP-TUS

Les évidences quant à la supériorité en termes d'efficacité d'interventions spécifiques ciblant l'usage de substances auprès des PEP sont dans l'ensemble faibles. Une revue systématique portant spécifiquement sur l'évolution et le traitement du TUS chez les personnes présentant un PEP examine les études publiées entre 1990 et 2009 (Wisdom et coll., 2011). Elle rapporte que les PPEP sans programme spécialisé pour le TUS (9 études longitudinales sans groupe contrôle) démontrent une diminution d'environ 50 % de l'usage de substances, souvent dans les semaines ou les mois suivant le début du traitement. Par ailleurs, elle identifie 5 études se penchant sur des programmes spécialisés visant le TUS au sein de PPEP : aucune n'a démontré de supériorité en

termes d'abstinence ou de réduction de la consommation par rapport au traitement régulier offert en PPEP (voir tableau 1: Addington et Addington, 2007; Carr et coll., 2009; Edwards et coll., 2006; Gleeson et coll., 2009; Kavanagh et coll. 2004).

D'autres études ont également été effectuées sur des populations présentant une psychose émergente avec TUS traités dans un PPEP (voir tableau 1). Deux études ont démontré une supériorité des interventions spécifiques pour le TUS à 6 mois, mais des limitations méthodologiques limitent la généralisation d'une de ces études (Kemp et coll., 2007). Quant à la seconde étude, malgré une réduction de la consommation de cannabis et une plus grande confiance en la capacité de modifier les habitudes de consommation à 3 et 6 mois, elle n'a pas démontré un effet soutenu 6 mois après l'intervention (Bonsack et coll. 2011). L'usage de thérapie cognitivo-comportementale (TCC) et d'entretien motivationnel n'a pas démontré de supériorité dans 4 études randomisées contrôlées (ÉCR), tant sur l'amélioration fonctionnelle que la réduction d'usage de substances (Barrowclough et coll., 2014; Cather et coll., 2018; Hjorthoj et coll., 2013; Madigan et coll., 2013). Par ailleurs, une ÉRC comparant le traitement habituel PPEP versus PPEP avec l'ajout d'un traitement par contingence n'a pas démontré de supériorité de l'intervention (Johnson et coll., 2019). Finalement, une étude a évalué l'impact de l'ajout d'une sous-équipe spécialisée pour les jeunes en situation d'itinérance, présentant une comorbidité PEP et TUS à même le PPEP. À 2 ans de suivi, on note un avantage en termes de rapidité à retrouver une stabilité en hébergement et moins de jours d'hospitalisation tandis qu'il n'y a pas de différence attribuable aux interventions quant aux facteurs liés à l'usage de substances (Doré-Gauthier et coll., 2020).

TABLEAU 1

Études sur des programmes spécialisés visant le TUS au sein de PPEP

Étude	Type et durée de l'étude	Participants	Type et durée des interventions	Substances étudiées	Issue et mesures	Résultats	Commentaires
Barrowclough et coll. (2014)	ÉRC 18 mois	N = 110 Groupe intervention brève N = 38, groupe intervention longue N = 37, groupe contrôle TH N = 35	EM+TCC 3 groupes: Intervention brève (EM+TCC) de 12 sessions sur 4,5 mois + TH PPEP vs Intervention longue (EM+TCC) de 24 sessions sur 9 mois + TH PPEP vs TH PPEP (groupe contrôle)	Cannabis	Issue principale : fréquence et quantité de cannabis consommé mesuré par le <i>timeline follow back</i> (TLFB) Issues secondaires : symptômes, fonctionnement, hospitalisation, rechute.	Pas de différence significative entre les groupes. Pas de corrélation entre le nombre de sessions faites et le résultat.	La médiane de complétion des sessions offertes est de 50 % 20 % ont complété 2 sessions ou moins pour l'intervention brève et pour l'intervention longue Complétion de l'étude 62,9 % (gr. TH), 68,4 % (interv. brève) 75,7 % (interv. longue)
Bonsack et coll. (2011)	ÉRC 12 mois	N = 62 Groupe intervention N = 32, groupe contrôle TH N = 30	Intervention motivationnelle brève de 4 à 6 sessions (2 sessions à 1 semaine d'intervalle suivi de 2 à 4 booster sessions sur 6 mois) + TH, VS Traitement habituel (TH) TH intégrant intervenant pivot, intervention précoce et au besoin, une équipe mobile	Cannabis (avoir consommé 3 joints ou plus par semaine au cours du dernier mois)	Issue primaire : réduction de l'usage de cannabis Issues secondaires : réduction des symptômes psychotiques, des jours d'hospitalisation et de la motivation à changer face au cannabis	Les participants au groupe TH + intervention motivationnelle ont davantage diminué le nombre de joints par semaine et augmenté leur confiance à cesser le cannabis à 3 et 6 mois comparativement au TH, mais les avantages par rapport au TH n'étaient pas maintenus à 12 mois de suivi après le début de l'étude	A 12 mois, les 2 groupes avaient alors diminué de façon comparable leur usage tandis qu'il n'y avait aucune différence en termes de symptômes (PANSS), de fonctionnement (SOFAS, GAF), d'hospitalisation ou de motivation à changer son usage de cannabis
Cather et coll. (2018)	ÉRC 2 ans	N = 404 Groupe NAVIGATE N = 223 De ce groupe, N = 44 ont participé à au moins 1 module sur l'usage de substance Groupe TH traitement psychiatrique communautaire N = 181	EM+TCC Étude RAISE comparant le TH psychiatrique communautaire (groupe contrôle) au programme NAVIGATE : PPEP offrant 1) pour tous les PEP : de l'éducation individuelle et pour les familles lors de laquelle l'usage de substances est abordé comme facteur de risque de rechute et 2) pour les PEP avec TUS : des modules individualisés avec de l'éducation et des stratégies motivationnelles et comportementales	Alcool et drogue, alcool et cannabis les plus prévalents	Jour d'usage de substances par mois	Pas de différence entre les groupes	Moyenne 5,5 sessions 19,7 % avaient participé à au moins un module sur l'usage de substance (N = 44)

Gleeson et coll. (2009)	ERC	N = 82 Groupe TCC N = 41; groupe contrôle TH N = 41 Jeunes (15 à 25 ans) en rémission des symptômes positifs de leur PEP	TCC individuelle et familiale pour la prévention de la rechute (prévenir un deuxième épisode psychotique) + traitement habituel (TH) PPEP vs TH du PPEP La thérapie avait 5 étapes se déroulant sur 7 mois.	À l'admission : 20 % TUS- alcool, 42 % TUS-cannabis, 74 % TUS- opioïdes, 3,7 % TUS — cocaïne, 14,8 % TUS- hallucinogènes, 18,5 % TUS- amphétamines. Répartis équita- blement entre les 2 groupes.	Issue primaire prévention de la rechute psycho- tique Issue secondaire : échelles AUDIT, SDS, WHO ASSIST.	À la fin de l'inter- vention, pas eu de différence significative entre les groupes en termes d'usage de substances.	La thérapie n'était pas spécifique pour le TUS mais l'usage de substances était abordé comme facteur de risque de rechute psy- chotique et était une issue secondaire de l'étude. Il y avait un module spécifique sur l'abus de substances quand cela concernait le jeune.
Hjorthoj et coll. (2013)	ERC 6 mois	N = 103 Groupe CAP- OPUS N = 52, groupe contrôle TH PPEP N = 51	EM+TCC CAP-OPUS : (EM+TCC) offre de 1-2 sessions/sem le 1 ^{er} mois puis 1 session/sem pour 5 mois + PPEP vs TH PPEP	Cannabis	Issue primaire : nombre de jours d'usage de cannabis dans le mois précé- dent (TLFB)	CAP-OPUS : pas de réduction de la fréquence, mais possiblement de la quantité	
Johnson et coll. (2019)	ERC 18 mois	N = 530 Groupe inter- vention N = 278, groupe contrôle N = 273	PPEP + traitement par contin- gence (intervention manua- lisée de psychoéducation pour le mésusage de cannabis, 12 sessions hebdomadaires) vs TH PPEP	Cannabis	Issue primaire : temps avant une rechute psycho- tique Issue secondaire : efficacité clinique et rentabilité usage de cannabis	Pas de supériorité pour le délai avant une rechute psychotique nécessitant une hospitalisation et pour l'usage de cannabis	Les jeunes recevaient une carte cadeau hebdoma- daire pour l'abstinence au cannabis, 12 sessions hebdomadaires avec dépistage urinaire (5 livres sterling la 1 ^{re} semaine, avec augmentation de 5 livres toutes les 2 semaines si demeure négatif, gain maximal total 240 livres).
Kemp et coll. (2007)	ERC 6 mois	N = 16 groupe interven- tion + TH (N = 10) vs groupe TH (N = 6) TH = (Prevention, Early intervention and recovery service (PEIRS))	Intervention TCC brève de 6 mois (4 à 6 sessions) TH = PEIRS, programme com- munitaire pour les jeunes avec diagnostic de psychose et de TUS	Alcool et drogues	Quantité et fré- quence d'usage Échelles : DAST-10, AUDIT, PANSS, SES, WHOQLS-brief	Réduction de la fréquence d'usage de l'alcool et du cannabis plus marqué pour le groupe intervention + TH que pour le TH	Les groupes n'étaient pas similaires au début de l'étude (p. ex. la quantité de cannabis consommé était 3 à 4 fois plus importante dans le groupe TH vs groupe intervention
Madigan et coll. (2013)	ERC 1 an	N = 88 Groupe inter- vention N = 59, groupe contrôle TH PPEP N = 29 Age 18-65 ans ; âge moyen 27 -28 ans.	EM+TCC Intervention psychologique de groupe (EM+TCC) + PPEP vs TH PPEP Intervention = 1 groupe/ sem pendant 12 semaines + 1 booster session à 6 mois	Cannabis	Issue primaire : usage de cannabis (fréquence des 30 derniers jours, échelle (ASII)) Issues secondaires : symptômes (SAPS, SANS, CDS5), fonc- tionnement global (GAF), autocrétique (BIS), attitude face au traitement (DAI- 30) et qualité de vie (WHOQOL, BREF)	Aucun changement sauf amélioration subjective de la qualité de vie pour groupe intervention	Données analysées à 1 an : groupe intervention N = 32, groupe TH N = 19

Edwards et coll. (2006)	ÉCR à simple insu 6 mois	N = 47 Jeunes qui n'avaient pas cessé leur usage de cannabis 10 semaines après la stabilisation clinique initiale. Groupe intervention TCC N = 23, groupe contrôle N = 24	Thérapie cognitivo-comportementale (TCC) individualisée visant spécifiquement la réduction de l'usage de cannabis chez les PEP (10 sessions hebdomadaires pour 3 mois avec un appel téléphonique à 3 mois à la suite de la fin de la thérapie) Le groupe contrôle recevait 10 sessions d'éducation individuelle couvrant la nature de la psychose, la médication et les autres traitements; la prévention de la rechute et le stigma.	Cannabis (la moitié avait un trouble d'usage, les autres un usage seulement)	Nombre de jours avec usage de cannabis/mois, fréquence d'usage du cannabis, index de sévérité du cannabis Échelles : SCID, Cannabis and substance use assessment schedule (CASUAS), Readiness to change questionnaire, cannabis (RTCC-C), BPRS, SANS, BDI-SF, SOFAS, KAPQ, SURS	À 6 mois posttraitement les 2 groupes ont diminué leur usage de cannabis. Pas de différence entre les groupes en termes d'usage de cannabis, de psychopathologie et de fonctionnement.		
Kavanagh et coll. (2004)	Étude pilote de type ECR Patients hospitalisés *Non-PPEP 12 mois Répartition était randomisée et l'évaluateur final était «aveugle» quant au traitement reçu	N = 25 dont N = 17 (68 %) PEP (les 8 autres ont trouble psychotique chronique) Groupe intervention N = 13 (N = 8 qui a reçu le traitement), groupe contrôle TH N = 12 Les groupes n'étaient pas similaires (p. ex. pour le groupe traitement, 69 % vivaient avec un membre de la famille ou un conjoint vs 17 % pour groupe contrôle TH).	Intervention spécifique pour le TUS lors d'hospitalisation (individuel, manualisé, total de 3 heures sur 6 à 9 sessions sur 7 à 10 jours utilisant l'entretien motivationnel et des stratégies d'adaptation et de résolution de problèmes) + TH versus TH (pharmacothérapie, programme de l'hospitalisation régulier et au congé, suivi par intervenant pivot ou en pratique générale). Si la personne avait son congé de l'hôpital avant la fin, les sessions se poursuivaient en externe. Des appels téléphoniques de suivi pendant les 4 semaines suivantes pour un total de 30 minutes complétaient le programme.	Alcool et drogues (considéré plus problématique par participants) : N = 10 (40 %) cannabis, N = 7 (28 %) alcool, N = 4 (16 %) amphétamines, N = 2 (8 %) inhalant, N = 2 (8 %) cigarettes	Usage de substances Échelles AUDIT, SDS, BPRS, Drug Check (quantité, fréquence au cours des 3 derniers mois + liste de 13 problèmes mesurant l'impact fonctionnel), CIDI-Auto.	Les 2 groupes ont démontré une diminution de l'usage de substances et cela davantage dans le groupe traitement	Perte au suivi environ > 50 %: N = 6 dans chaque groupe à la fin de l'étude (vs 12 et 13 au début). Difficile d'engager les personnes dans le traitement proposé (61 % d'acceptation de participation à la recherche et 38 % du groupe traitement a participé qu'à l'engagement initial).	
Doré-Gauthier et coll. (2020)	Étude longitudinale avec groupe contrôle historique 2 ans	N = 50 Groupe EQIP SOL N = 24 Groupe contrôle cohorte historique TH PPEP N = 26	L'ajout d'une sous-équipe, EQIP SOL spécialisée offrant un suivi plus intensif de proximité pour les jeunes en situation d'itinérance, présentant une comorbidité PEP et TUS + TH PPEP versus cohorte historique de jeunes en situation d'itinérance avec PEP et TUS ayant reçu TH PPEP (traitement intégré pour le TUS)	Alcool et drogues	Issue primaire : réduction du délai de sortie l'itinérance/stabilité en hébergement Issues secondaires : consommation substances, fonctionnement, sévérité psychose	Avantage en termes de rapidité à retrouver une stabilité en hébergement et moins de jours d'hospitalisation avec EQIP SOL tandis qu'il n'y a pas de différence attribuable aux interventions quant aux facteurs liés à l'usage de substances	EQIP SOL : intensité d'intervention et flexibilité accrues, interventions de proximité dans la communauté notamment auprès des organismes communautaires partenaires (travaillant entre autres en itinérance et toxicomanie), soutien pour la sortie de l'itinérance et au maintien en hébergement et plus grande aisance avec l'approche de réduction des méfaits par les intervenants	

Addington et Addington (2007)	Étude longitudinale ouverte, sans groupe de contrôle Durée de 2 ans Programme PPEP de 3 ans, mais spécifique à l'intervention l'étude débute après 1 an de suivi dans le PPEP	N = 66 avec TUS persistant à 1 an (groupe à l'étude) VS à l'admission TUS N = 105 Cohorte avant complétée l'étude à l'admission et à 1 an N = 203 sur 300 admis au programme. N = 143 avant complété l'étude à 3 ans	Groupe manualisé de 9 à 10 sessions offert aux personnes qui n'avaient pas cessé de consommer 1 an après leur entrée au PPEP	Alcool et drogues À l'admission: 51,7 % d'abus ou dépendance aux substances vs 32,5 % à 1 an de suivi Les substances utilisées à l'admission étaient l'alcool (35 %), le cannabis (33 %) et d'autres drogues (10 %).	Prévalence du TUS à 1 (préintervention), 2 et 3 ans (post-intervention) de suivi et ses impacts Échelle TUS: Case Manager Rating Scale: évalue l'usage de substance de l'année passée (absent, léger, modéré, sévère, extrêmement sévère)	A 2 et 3 ans de suivi: la prévalence de TUS restait la même qu'à 1 an. 1, 2, 3 ans: Alcool: 20 % — 18 % Cannabis: 16 % — 7 % — 7 %	Le traitement habituel PPEP (TH) cible entre autres l'usage de substances dès l'admission puis tout au long du programme de 3 ans. Il utilise diverses interventions psychosociales dont l'intervenant pivot est le principal acteur.
Carr et coll. (2009)	Étude longitudinale prospective sans groupe de contrôle 18 mois	Cohorte totale N = 243 N = 86 avec TUS à l'admission. Âge moyen 25,1 ans (critère d'inclusion au PPEP: 16-50 ans)	Le TH consiste à l'éducation sur l'usage de substances à travers les interventions offertes par l'intervenant pivot et le psychiatre et lors des groupes éducatifs offerts à tous les jeunes. 6 % des jeunes (N = 15) ont participé à un groupe éducatif supplémentaire sur les TUS de 10 sessions spécifiquement (jeune référé par équipe clinique).	Alcool et drogues À l'admission: Alcool (N = 8) Alcool et cannabis (N = 17) Cannabis (N = 52) Autre (N = 9): amphétamine N = 1, opiacés N = 3, alcool et opiacés N = 1, cocaïne N = 2, cannabis et hallucinogène N = 2)	Réduction du mésusage de substances. Échelles AUDIT, DAST regardant les 3 derniers mois.	Réduction à 3 mois maintenue à 18 mois. Le taux de diminution d'usage n'était pas supérieur à celui des études publiées antérieurement sans traitement spécifique au TUS.	

EM: entretien motivationnel; TCC: thérapie cognitivo-comportementale; TH: traitement habituel.

3.2 Résultats des études portant sur la pharmacothérapie pour la comorbidité PEP-TUS et la comorbidité trouble psychotique et TUS

Dans une étude naturalistique de suivi longitudinal de 3 ans d'une cohorte incluant tous les jeunes présentant un PEP avec TUS suivis par 2 PPEP (N = 237), la médication antipsychotique intramusculaire longue action a démontré réduire le risque de rechute et de réhospitalisation et augmenter le délai avant celles-ci (Abdel-Baki et coll., 2020).

Une revue systématique et méta-analyse de 19 ÉCR (27 références, incluant 1742 participants, nombre de participants médian par étude : 30 [4-643]) porte sur la médication antipsychotique (*per os*) pour les personnes atteintes de schizophrénie (pas spécifiquement des jeunes présentant un PEP) et de TUS. Les types de TUS étaient le TUS-cannabis (8 études), le TUS-cocaïne (6 études), le TUS-alcool (2 études), l'usage de substance non spécifié pour personne avec trouble psychotique induit par le cannabis (2 études) et le trouble psychotique induit par les amphétamines (1 étude). L'antipsychotique prescrit n'avait pas d'influence significative quant au nombre de personnes qui consomment (issue primaire, 4 études chacune avec moins de 50 participants ; olanzapine vs risperidone ; olanzapine vs haloperidol ; aripiprazole vs perphenazine). En ce qui concerne la réduction de l'usage de substance (issue secondaire), 2 études n'ont pas trouvé de différence entre différents antipsychotiques (clozapine vs ziprazidone ; olanzapine vs risperidone) et 1 étude a démontré que la clozapine était supérieure au groupe « autres antipsychotiques ». La risperidone diminuait davantage le besoin impérieux de consommer du cannabis que l'olanzapine (issue secondaire, 1 étude). Les autres issues secondaires étaient le changement des symptômes de la maladie psychotique, les abandons, la qualité de vie, le fonctionnement social et les effets secondaires. Les auteurs soulignent qu'il est difficile de tirer des conclusions fermes puisque les études portent sur des petits échantillons, sont parfois peu détaillées (plusieurs études sont des sous-analyses d'études de plus grande envergure telle CATIE) et que le risque de biais est élevé par exemple, 74 % ne détaillent pas la procédure de randomisation et il manque souvent de l'information sur les données et le processus de sélection (Krause et coll., 2019).

3.3 Les guides de pratique pour le trouble concomitant PEP et TUS

Interventions intégrées pour le TUS et le PEP

L'intervention offerte par les PPEP, qui semble bénéfique pour diminuer les TUS, comprend diverses composantes : le *case management* offert par les intervenants pivots comme pierre angulaire du suivi (EPPIC, 2001), le suivi psychiatrique incluant la médication à faible dose, les interventions de groupe, la TCC pour la psychose, le support à l'emploi et aux études ainsi que les interventions familiales incluant du soutien et de l'éducation aux familles. (Addington et Addington, 2001; Bertulies-Esposito et coll., 2019; Bertulies-Esposito et coll., 2022; Early Psychosis Guidelines Writing Group and EPPIC National Support Program, 2016; ministère de la Santé et des Services sociaux, 2017). L'éducation psychologique sur la psychose et sur le rétablissement (modèle vulnérabilité – stress – facteurs de protection) offerte par les PPEP suggère d'éviter l'usage d'alcool et de drogues, ces derniers étant identifiés parmi les facteurs de risque de rechute psychotique.

S'appuyant sur les résultats prometteurs du traitement intégré auprès des personnes ayant un trouble de santé mentale sévère et persistant concomitant à un TUS (Drake et coll., 1998), plusieurs guides de pratique d'intervention précoce pour la psychose recommandent d'intégrer les soins pour le TUS et la psychose dans leur programme, par l'inclusion d'une expertise en traitement des TUS au sein même des PPEP et, au besoin par des collaborations étroites avec un service d'addictologie (Early Psychosis Guidelines Writing Group and EPPIC National Support Program, 2016; ministère de la Santé et des Services sociaux, 2017; Substance Abuse and Mental Health Services Administration: First-Episode Psychosis and Co-Occurring Substance Use Disorders, 2019).

On suggère que les interventions limitées dans le temps (quelques semaines à quelques mois) soient d'abord considérées avant l'essai de traitements plus longs, puisque ceux-ci n'ont pas été démontrés supérieurs, tel que décrit dans la section précédente (Substance Abuse and Mental Health Services Administration: First-Episode Psychosis and Co-Occurring Substance Use Disorders, 2019). L'ajout de l'approche par contingence, du support par les pairs et des approches familiales sont à considérer pour améliorer l'efficacité des interventions (Substance Abuse and Mental Health Services Administration: First-Episode Psychosis and Co-Occurring Substance Use Disorders, 2019).

On souligne l'importance de prendre en compte différents facteurs lors des interventions pour les jeunes présentant un PEP et un TUS : l'âge

et le stade développemental, les circonstances ayant mené au traitement, l'usage répandu de substances auprès des pairs et les difficultés cognitives secondaires à l'usage de substances. On mentionne d'avoir une attention particulière aux familles de ces jeunes, car la détresse et le fardeau associés à la cooccurrence des troubles et leurs conséquences peuvent nécessiter une attention supplémentaire (Early Psychosis Guidelines Writing Group and EPPIC National Support Program, 2016).

Composantes de l'intervention intégrée

Aucune étude ne s'est penchée sur l'identification des composantes spécifiques du traitement offert par les PPEP reliées à la diminution de l'usage de substances observée. Différentes modalités, utiles pour les TUS sans trouble concomitant, sont suggérées dans les guides de pratiques comme des ingrédients à privilégier.

TABEAU 2

Composantes à privilégier dans la prise en charge des TUS concomitants à la psychose débutante

Utiliser l'approche avec intervenant pivot (<i>case management</i>) ⁴
Faire une évaluation initiale détaillée du TUS, de la psychose et leur interinfluence ^{2,3} Évaluation et surveillance de l'usage de substances, de façon intégrée au traitement PPEP ⁵
Offrir une rétroaction à la suite de l'évaluation sur la sévérité du TUS et de ses impacts ^{1,3} . Elle peut être thérapeutique en soi et est une occasion d'éducation psychologique sur les risques pour la santé physique et mentale de l'usage de substances, entre autres, en expliquant le lien entre un usage régulier de substances psychoactives et un mauvais pronostic pour la psychose, la santé en général ou le fonctionnement social.
Utiliser une approche de réduction des méfaits ^{1,2} .
Intégrer les traitements psychologiques ayant le plus d'évidence tels l'entretien motivationnel et la thérapie cognitivo-comportementale ^{1,4} avec des interventions visant les habitudes de vie ⁴ . Pour les jeunes qui ne réduisent pas leur usage avec le traitement habituel (TH) offert par les PPEP, des interventions ciblant l'usage de substances devraient être offertes ² . Toutefois, on souligne qu'aucune étude rigoureuse n'a clairement démontré la supériorité d'une intervention spécifique chez les jeunes présentant un PEP par rapport au TH qui inclue l'éducation psychologique sur la psychose et l'utilisation de substances ^{1,2} .
Utiliser, au besoin, les interventions pharmacologiques durant certaines phases comme pour la détoxification aiguë ou la gestion des envies (<i>craving</i>) et du sevrage ^{1,4} par exemple, utiliser les benzodiazépines pour prévenir les complications de sevrage à l'alcool.
Offrir les traitements basés sur les évidences pour les deux conditions, avec un avantage à combiner le traitement antipsychotique et les interventions psychosociales ciblant le TUS ⁵ .
Lorsque la consommation demeure présente et dangereuse, considérer l'admission involontaire à l'hôpital et/ou la référence dans des services de réadaptation pour le TUS à long terme. ⁴
Les interventions adressant le TUS devraient être offertes de façon à être sensible aux aspects culturels ⁶

1- Early Psychosis Guidelines Writing Group and EPPIC National Support Program, 2016;

2- Substance Abuse and Mental Health Services Administration: First-Episode Psychosis and Co-Occurring Substance Use Disorders, 2019; 3- National Institute for Health and Care Excellence (NICE), 2014; 4- Galletly et coll., 2016; 5- Crockford et Addington, 2017; 6- Lo et coll., 2016.

3.4 La pharmacothérapie du TUS pour les personnes avec trouble psychotique et TUS concomitant (pas spécifiquement PEP)

Dans le guide de pratique de l'Association de psychopharmacologie britannique portant sur la médication pour la schizophrénie (Barnes et coll., 2020), on recommande d'utiliser la médication démontrée efficace pour chaque TUS soit : varenicline, bupropion ou thérapie de remplacement nicotinique pour le TUS-nicotine; naltrexone ou acamposate pour le TUS-alcool; traitements agonistes aux opioïdes pour le TUS-opioïdes. Pour le cannabis, la cocaïne et les autres stimulants, il n'y a pas de médication démontrée efficace. Finalement, la prescription de médication stimulante pour le trouble déficit d'attention avec hyperactivité n'est pas recommandée chez les personnes avec troubles concomitants psychose et TUS (Galletly et coll., 2016).

3.5 Psychose induite par les substances

Comme le risque de trouble psychotique (schizophrénie et psychoses apparentées ou trouble bipolaire) est élevé après un diagnostic de trouble psychotique induit par les substances (Starzer et coll., 2018), on recommande de référer la personne à un PPEP et à un intervenant spécialisé en TUS dans un tel cas (Galletly et coll., 2016). Les lignes directrices canadiennes pour la schizophrénie et les psychoses apparentées avec cooccurrence d'un TUS (Crockford et Addington, 2017) recommandent de traiter un trouble induit par les substances comme un trouble psychotique primaire avec l'instauration d'une médication antipsychotique pour 12 à 18 mois en visant la plus petite dose efficace, en tenant compte des avantages escomptés par rapport aux risques et aux effets secondaires. Par ailleurs, on suggère que l'arrêt de la médication antipsychotique ne se fasse que sous supervision médicale (Galletly et coll., 2016).

4. Discussion

Notre revue de littérature sur le traitement des troubles concomitants (PEP et TUS) rapporte que seulement 2 études sur des interventions psychosociales spécifiques ont démontré un effet à court terme de la réduction de l'usage de substances supérieur au traitement habituel PPEP et qu'aucune étude n'a démontré d'effet maintenu dans le temps. Au niveau pharmacologique une étude a démontré la supériorité des antipsychotiques à action prolongée pour prévenir les rechutes psychotiques et les réhospitalisations chez cette population. Quant aux

guides de pratique, ils soulignent l'importance du traitement intégré des 2 troubles et proposent d'utiliser le *case management*, l'évaluation approfondie suivie d'une rétroaction sur les 2 troubles et leur interaction, la réduction des méfaits ainsi que les interventions psychologiques ayant le plus d'évidence (EM, TCC) combinées au traitement antipsychotique avec, au besoin, un traitement spécifique pour le TUS. Ils proposent également d'adapter les interventions à la phase développementale, de tenir compte des troubles cognitifs et de l'impact sur les familles.

4.1 Limites

Cette revue narrative de la littérature retrace les données les plus probantes, mais il est possible que des études novatrices ou en cours n'aient pas été incluses par notre méthode de recherche. La méthode utilisée (revue narrative) comporte ses limites. Les articles parus en anglais et français seulement sont inclus.

Malgré les nombreuses études répertoriées, le niveau de preuve demeure faible. Plusieurs limites méthodologiques sont présentes telles les petites tailles d'échantillons limitant la puissance statistique et les populations variant d'une étude à l'autre (p. ex. certaines études incluent un mélange de personnes présentant un usage au cannabis et un TUS-cannabis alors que d'autres études se concentrent sur les individus avec un TUS [une ou plusieurs substances confondues]; certaines études n'incluent que les personnes dont le TUS persiste après 12 mois de suivi alors que d'autres incluent les individus peu importe la durée de la persistance du TUS; plusieurs études ne tiennent pas compte du stade de changement des jeunes ou les incluent même s'ils ne sont pas prêts à changer leurs habitudes). Aussi, les groupes contrôle reçoivent souvent une intervention efficace pour la réduction du TUS déjà très intensive et bonifiée (programmation PPEP qui malgré les lignes directrices claires, peut varier d'un endroit à l'autre). Par ailleurs, l'intensité et la durée des interventions varient d'une étude à l'autre de même que la durée des études et le type d'intervention psychosociale évaluée. De plus, la plupart des études ne concernent que le cannabis. Plusieurs études ne semblent pas tenir compte de l'interaction entre les multiples TUS souvent présents chez un même individu (Abdel-Baki et coll., 2017). Il est possible que les jeunes avec trouble concomitant se divisent en sous-groupes avec des capacités cognitives et des besoins différents, qui varient selon les substances utilisées et la sévérité des troubles, ce qui pourrait influencer la réponse au traitement, notamment aux approches psychothérapeutiques.

4.2 Pistes d'approches pratiques et adaptées pour l'évaluation et le suivi des personnes avec PEP et TUS concomitants

Vu le niveau d'évidence limité, nous proposons ci-après des pistes d'approches pratiques et adaptées pour l'évaluation et le suivi des personnes avec PEP et TUS concomitants appuyées sur la littérature, incluant les guides de pratique résumés ci-haut, et sur notre expérience clinique s'échelonnant sur 10-20 ans auprès de cette clientèle. L'évaluation et la prise en charge des personnes ayant un trouble concomitant est complexe. On ne peut pas prétendre pouvoir généraliser ces recommandations, car certaines circonstances et populations particulières peuvent avoir des besoins spécifiques différents, mais nous proposons des façons d'intervenir qui peuvent faciliter le travail du clinicien au quotidien. Nous tenons à souligner l'importance d'être sensible dans notre approche aux aspects d'équité, de diversité et d'inclusion qui, quoiqu'extrêmement importants, dépassent l'objectif de cet article et n'ont pas été abordés.

4.2.1 Détection et évaluation des troubles concomitants

Pour favoriser l'accès aux services, l'évaluation du trouble concomitant devrait être possible dans les services pour TUS autant que dans ceux dédiés à la santé mentale (Crockford et Addington, 2017). Il apparaît important de sensibiliser et d'informer sur la nature et les conséquences des 2 troubles les différents acteurs pouvant rencontrer et évaluer des jeunes avec PEP et TUS : les infirmières et les médecins œuvrant à l'urgence, les intervenants des ressources communautaires pour jeunes, du réseau de l'itinérance et des services en dépendances, ainsi que les professionnels de la santé.

Une évaluation détaillée de l'historique de la consommation de substances et de l'usage actuel permet d'avoir un portrait du type de consommateur et d'élaborer des interventions thérapeutiques personnalisées. On documente les prédispositions héréditaires et les substances utilisées (présentes et passées, incluant le tabac) et les habitudes entourant la consommation : le mode d'usage (ingéré, fumé, intranasal, injecté), la quantité, la fréquence, le contexte (p. ex. seul ou accompagné), l'heure de la première prise de la journée, les essais d'arrêt (durée, sevrage, support reçu ou non, raison/contexte de rechute), les raisons de consommation, etc.

Il est utile de faire un questionnaire exhaustif des différentes substances psychoactives, car les jeunes peuvent oublier ou ne pas penser

de mentionner certaines substances et détails pertinents. Par exemple, pour le cannabis, on s'intéresse au pourcentage de THC et de CBD et à la provenance, légale ou non. Il ne faut pas oublier l'usage de la caféine (café, boissons énergisantes), souvent banalisé, mais qui peut avoir un impact clinique notable en générant insomnie, anxiété ou symptômes hypomaniaques. Les dépendances comportementales comme les jeux d'argent et de hasard et l'usage problématique d'Internet doivent également être explorés étant donné la concomitance fréquente des différents troubles du contrôle des impulsions. Leur impact clinique peut entretenir une situation de très grande précarité et d'isolement, nuisant à son tour à la santé mentale du jeune.

L'analyse clinique doit comprendre les risques qui peuvent être associés à la consommation : infections transmissibles sexuellement et par le sang, comportements à risque tels le partage de matériel de consommation (incluant pipes et pailles), prostitution, exploitation sexuelle, violence, abus, méfaits pour obtenir de la consommation (vol, vente de substances, etc.), conduite avec facultés affaiblies et traumatismes.

Les symptômes liés au sevrage sont importants à questionner. D'une part, des complications importantes (p. ex. convulsion, délirium) sont parfois associées au sevrage de certaines substances (alcool, benzodiazépines, GHB). D'autre part, les symptômes de sevrage sont une raison fréquente de poursuivre l'usage et une cause majeure de rechute dans la consommation de substances (Boggs et coll., 2013). La personne, quoiqu'elle ne reconnaisse pas toujours le TUS, reconnaît généralement l'inconfort lié au sevrage. Cela peut être un point de départ vers un changement. La gestion du sevrage sévère peut dépasser les compétences du PPEP. Dans ce cas, il est bien de référer le jeune à une équipe spécialisée en toxicomanie tout en maintenant le suivi PPEP intégré.

L'évaluation des troubles concomitants se poursuit généralement de façon évolutive dans le temps, cela implique de tolérer l'ambiguïté diagnostique. Une approche évaluative méticuleuse, mais flexible, avec un questionnaire attentif de la chronologie de la consommation, des symptômes psychiatriques et du lien avec l'usage de substances et l'observation des symptômes dans le temps aident à préciser le(s) diagnostic(s), en évitant les a priori ou la recette unique qui ne correspondent pas à la multitude de présentations cliniques. Une proportion significative des troubles psychotiques diagnostiqués comme « induits » à l'urgence va finalement évoluer vers un trouble primaire (spectre de la schizophrénie, trouble bipolaire) dans près de 50 % des cas pour

le cannabis, 30 % pour les amphétamines et 20 % pour la cocaïne ou l'alcool (Starzer et coll., 2018). Il faut donc rester vigilant face au trouble psychotique induit qui peut en fait, bien souvent, être la première manifestation d'un trouble psychotique primaire.

Le consortium canadien d'intervention précoce pour la psychose a élaboré un formulaire d'ordonnances standardisées sur le cannabis et le premier épisode psychotique facilement accessible via leur site internet. Il peut être utile pour les cliniciens pour approcher le trouble concomitant de façon systématique.

4.2.2 *Engagement au suivi*

L'expérience que le jeune a du système de santé et des services sociaux influencera son désir d'y avoir recours, ou non, pour avoir de l'aide. Une réponse rapide, un accueil sans rendez-vous ou un rendez-vous offert très rapidement avec une attitude empathique, chaleureuse, sans préjugé, renforçant la démarche actuelle de venir chercher des services, sont des plus utiles.

Puisque ces jeunes sont souvent instables, peuvent avoir des troubles cognitifs liés à la psychose et à la toxicomanie, de la difficulté à se soucier de leur santé et une autocritique altérée, il est utile pour les intervenants pivots d'avoir recours au travail de proximité à l'extérieur de la clinique et d'être flexibles en début de suivi afin de mettre en place une collaboration qui permettra d'établir un cadre thérapeutique clair. Il faut prévoir rappeler les rendez-vous, relancer en cas d'absence par divers moyens entendus à l'avance avec le jeune et prévoir les rendez-vous, autant que possible, à des moments qui faciliteront l'assiduité (p. ex. éviter les matins pour le jeune qui se réveille tard). Les rencontres à jour et heure fixes peuvent aider à l'assiduité de ceux ayant des difficultés de mémoire et d'organisation. Idéalement, il est suggéré de ne pas fermer le dossier lorsqu'il y a un absentéisme répété, ou du moins prévoir un processus administratif simple pour reprendre le suivi sans délai lorsque le jeune reprend contact. Il est fréquent que les jeunes se présentent à nouveau après des mois d'absence et qu'à ce moment-là ils soient plus motivés pour un suivi, souvent dans une période de crise.

Par ailleurs, la technologie prend une place importante dans la vie des jeunes, il faut tenter d'adapter nos approches pour les rejoindre par les moyens qu'ils utilisent (correspondance par messages texte ou courriel, partage de ressources via le web). L'intégration de la télé-médecine, sans se substituer entièrement au suivi en personne, peut

avoir plusieurs avantages : favoriser l'observance au suivi, le maintien du contact en cas d'horaire difficile à arrimer, de déplacement ou d'éloignement temporaire (Lal et coll., 2020). De plus, elle peut faciliter la mise en place d'un traitement intégré avec des rencontres conjointes avec des partenaires d'autres organismes et de rencontrer des familles difficiles à rejoindre autrement.

Aider le jeune à renforcer les liens ou à renouer avec ses proches significatifs permettra au jeune d'avoir un réseau de support plus solide. La possibilité d'engager les proches dans le suivi peut également favoriser l'engagement du jeune.

Avoir des objectifs communs est la pierre angulaire du succès d'un suivi. Pour certains jeunes, la motivation au suivi débute par des objectifs concrets qui ne sont pas directement reliés à leurs troubles, mais qui en découlent. Le rôle de l'intervenant pivot est central pour utiliser ces opportunités pour créer une alliance et débiter la collaboration (p. ex. voir vignette 1 et 2 de l'encadré 1).

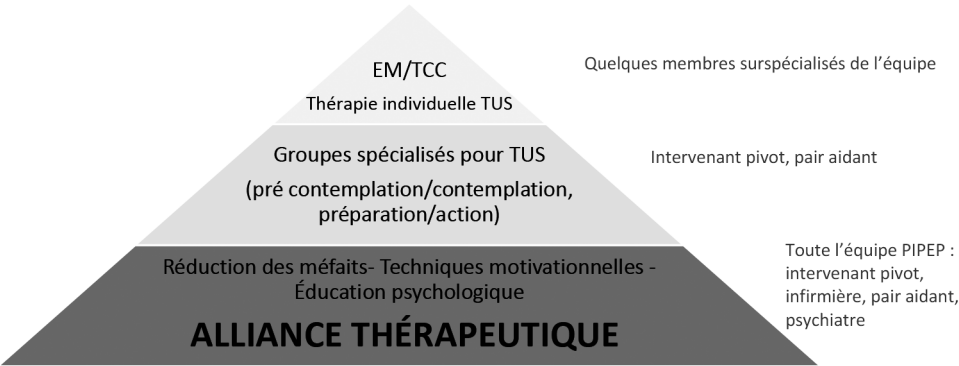
Pour engager l'individu dans une démarche axée sur le rétablissement, on discute des répercussions de poursuivre l'usage de substances sur les objectifs de la personne (Substance Abuse and Mental Health Services Administration: First-Episode Psychosis and Co-Occurring Substance Use Disorders, 2019). Un changement des objectifs de vie a une influence sur l'usage de substances. Dans une étude, on notait que la santé, les revenus et la famille prenaient plus d'importance avec le temps et étaient les principales raisons pour réduire ou arrêter l'usage (Lobbana et coll., 2010). Ainsi, lors du suivi, on vise à créer une alliance thérapeutique et on s'intéresse aux raisons qui poussent la personne à consommer. On tentera de l'aider à élaborer un projet significatif valorisant ses forces et son sentiment d'efficacité personnelle, à revoir ses priorités et à explorer ce qu'elle souhaite dans la vie. On tente de l'amener à voir les bénéfices de se fixer des objectifs à plus long terme par rapport à rechercher de la gratification ou du soulagement immédiat via la consommation.

Il est important de prendre en compte le stade développemental des jeunes adultes (Ouellet-Plamondon et coll., 2012). La consommation peut être une occasion et un prétexte de socialisation, particulièrement pour certains jeunes ayant des troubles cognitifs et des difficultés au niveau des habiletés sociales. Apprendre à mettre ses limites représente souvent un enjeu de taille.

4.2.3 Offrir un traitement intégré et individualisé aux jeunes avec PEP et TUS

Accompagner les jeunes adultes ayant un PEP et un TUS dans leur rétablissement demeure un défi, et ce, tant pour permettre l'accès aux soins, l'évaluation, la précision du diagnostic que l'engagement au suivi. Cela demande beaucoup d'adaptation, de flexibilité, de tolérance, de patience, d'espoir et de persévérance pour les équipes soignantes, mais aussi pour les jeunes et leurs proches. La sévérité des troubles, tant psychotiques que d'usage de substances, et le stade de changement face à la consommation (précontemplation, contemplation, préparation, action, maintien, rechute [Prochaska et DiClemente, 1984]) sont 2 éléments clés à considérer pour adapter les interventions afin que celles-ci aient du sens pour la personne. Il est fréquent de devoir naviguer d'un stade de changement à l'autre rapidement (pour un exemple, voir encadré 1, vignette 3). La figure 1 détaille les diverses étapes du traitement en tenant compte du stade de changement et la figure 2 résume les différentes composantes du traitement à considérer. Le tout est illustré par des vignettes cliniques dans l'encadré 1 qui présentent des jeunes dont la sévérité des troubles et le stade de changement diffèrent, et dont les interventions sont adaptées en conséquence.

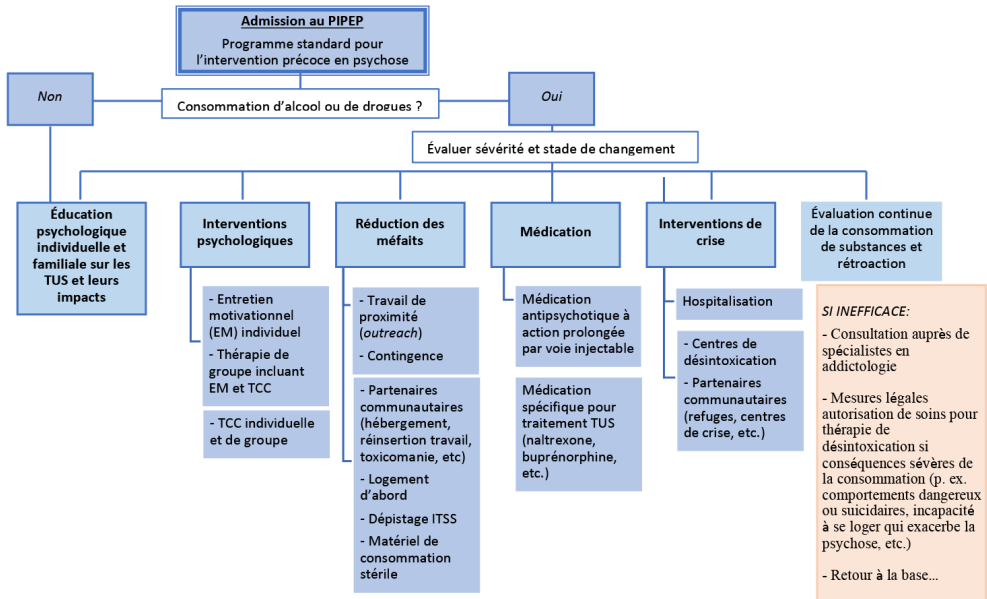
FIGURE 1
Interventions par étapes pour les personnes présentant
PEP et TUS concomitants



EM: entretien motivationnel; TCC: thérapie cognitivo-comportementale; TUS: trouble de l'usage de substances

FIGURE 2

Les différentes composantes du traitement des troubles concomitants (PEP et TUS) suggérées par quelques études et/ou guides de pratique
(adapté de Ouellet-Plamondon et coll., 2019b)



Pour le volet psychothérapeutique, on préconise les interventions psychologiques avec le plus d'évidence, soit les interventions motivationnelles et cognitivo-comportementales. Les interventions familiales sont également utiles, permettant d'agir au niveau systémique et de mobiliser le soutien et les forces de l'entourage. Celles-ci ont démontré un impact significatif pour les personnes avec trouble mental sévère et persistant et TUS (Mueser et coll., 2013). Il faut parfois aider la famille à mettre ses limites et à revoir ses attentes quant à l'évolution du TUS, souvent lente et non linéaire. Au-delà de la nature même des interventions, il s'avère utile d'adapter à chacun le moment où elles sont déployées, la façon dont elles sont administrées et combinées, par exemple en s'assurant que l'intervention est acceptable sur le plan de la littératie de la personne et de son état cognitif.

Quoique la majorité des études aient ciblé la réduction ou l'abstinence de consommation, une proportion significative de jeunes avec PEP n'ont pas cet objectif, du moins dans un premier temps (voir encadré 1, vignettes 1, 2 et 4). La réduction des méfaits est particulièrement utile

pour les jeunes avec un TUS sévère peu motivés au changement. Elle vise la prévention d'une détérioration au niveau de la santé physique et mentale et une réduction des risques graves liés à la consommation. Il s'agit de s'occuper de ce qui est prioritaire en fonction de la pyramide des besoins. Cela implique d'ajuster les objectifs de rétablissement par exemple, viser à modifier les modalités d'usage de substances plutôt que de viser la diminution ou l'arrêt, diminuer la sévérité des symptômes au lieu de leur disparition complète, améliorer la qualité de vie en comblant les besoins de base, tenter de ré-affilier le jeune avec des personnes significatives, contrer l'isolement, la solitude le vide, etc. Par exemple, pour un jeune qui consomme du cannabis, on lui suggère d'utiliser des produits du cannabis de « faible puissance », (dont la teneur en THC est plus faible ou dont le ratio en CBD/THC est élevé) et de s'abstenir de consommer fréquemment (quotidiennement ou presque tous les jours) ou intensivement (consommation par excès) (Fisher et coll., 2021) tandis que pour un jeune qui consomme des opioïdes, s'injecte ou utilise des substances dont il ne connaît pas le contenu, vu le risque que des opioïdes (p. ex. fentanyl) soient présents dans la substance consommée, on s'assurera qu'il connaît les risques liés aux surdoses et qu'il possède un dispositif d'administration de naloxone. Pour un jeune qui consomme diverses substances, les risques liés au mode d'usage, à la dépendance, au mélange de substances et au sevrage sont abordés.

ENCADRÉ 1

Vignettes cliniques

Vignette 1

Mathieu 22 ans, présente un PEP et un TUS-cannabis sévère. Il habite chez ses parents et n'a pas d'occupation mis à part rencontrer quelques amis avec qui il consomme et joue aux jeux vidéo. Il ne souhaite pas modifier sa consommation et est difficile à mobiliser alors qu'il y a 2 ans, il réussissait bien au cégep.

On s'assurera d'offrir de l'éducation psychologique adaptée sur les interactions entre cannabis et psychose tant à Mathieu qu'à ses parents et on les impliquera dans le suivi avec des rencontres régulières, si le jeune accepte. On tentera de faire venir Mathieu à la clinique pour son suivi individuel et on lui proposera de participer à un groupe pour les jeunes qui souffrent de psychose et qui sont au stade de précontemplation quant à leur TUS. Les interventions psychologiques seront principalement de type motivationnel en tentant de faire émerger une discordance entre le mode de vie actuel et le projet de vie (ou son ébauche). On l'aidera à découvrir des intérêts, à se mettre en action et à se fixer des objectifs au-delà de la consommation. Son intervenant tentera de

créer un lien avec lui par des interventions de proximité en l'accompagnant pour des démarches lorsqu'il démontrera de l'ouverture à entreprendre un projet de loisir, d'études ou de travail. On lui proposera un antipsychotique injectable et s'il souhaite diminuer ou cesser la consommation, une médication temporaire pouvant l'aider à soutenir les symptômes de sevrage telles l'anxiété et l'insomnie, sera proposée.

Vignette 2

Éric 18 ans, présente un PEP avec un TUS-cannabis et TUS-amphétamines sévères. Il n'a pas de réseau social et est itinérant depuis sa sortie des centres jeunesse. Il est très réticent à recevoir de l'aide.

En début du suivi, les interventions se feront probablement davantage dans la communauté et via des organismes communautaires d'hébergement ou pour jeunes en situation d'itinérance. L'approche de réduction des méfaits avec la recherche d'un objectif commun sera centrale. Cela peut débuter par avoir un toit, combler les besoins de base. Cela aide à bâtir l'alliance thérapeutique et permet ensuite d'explorer plus en profondeur la dynamique de consommation. On mettra en place rapidement un plan de gestion de crise qui inclue le recours à l'hospitalisation en cas d'intoxication sévère s'accompagnant de psychose, car Éric se met souvent en danger par exemple, en dansant au milieu des voitures qui circulent, se sentant invincible. On mettra l'emphase sur les substances les plus dommageables pour Éric, sinon les habitudes les plus faciles à modifier pour lui. Par exemple, l'intoxication au cannabis qui l'amène à se lever très tard et à négliger son hygiène sera plus tolérable que l'intoxication aux amphétamines qui a déjà eu pour conséquence une hospitalisation aux soins intensifs médicaux. La médication antipsychotique injectable sera aussi proposée et lorsqu'une médication antipsychotique par la bouche est prescrite, elle sera servie en quantité limitée (éviter les pertes, l'abus et le détournement de médicament).

Vignette 3

Julie, 23 ans, étudie à l'université. Elle vit en appartement autonome et a des contacts réguliers avec sa mère. Avant la psychose, elle consommait du cannabis régulièrement (0,5 à 1g à 23 % de THC et 0 % CBD, 3 à 7 jours par semaine), et de la MDMA à l'occasion, mais décide de tout cesser ayant bien compris, par les groupes d'éducation psychologique et les explications de son psychiatre et de son intervenant, l'impact des drogues sur le risque de rechute. Après quelques mois de stabilité, elle reprend lors d'un party à la fin de la session, de la MDMA, sans impact sur elle. Quelques semaines plus tard, elle en reprend ainsi que du cannabis. Sur 2 à 3 mois, sa consommation de cannabis devient régulière (0,5 à 1g par soir, à 12 % de THC et 10 % CBD) sans être quotidienne. Elle en discute régulièrement avec son intervenant qui utilise des techniques motivationnelles. Julie est embêtée financièrement, car elle n'a pas trouvé d'emploi d'été, tel qu'elle l'avait prévu au départ. En effet, Julie reconnaît qu'elle reporte toujours au lendemain, la motivation n'y étant pas, elle priorise l'usage de cannabis qui la relaxe. Puis, elle reprend de la MDMA les week-ends. À la fin de l'été, les hallucinations

reprennent de plus belle, malgré la médication. Julie fait le lien avec la drogue et souhaite alors travailler avec son intervenant des objectifs et moyens pour réduire et arrêter sa consommation. Pendant quelques mois, l'intervenant utilise des techniques motivationnelles et cognitivo-comportementales. Julie diminue d'abord le cannabis et cesse la MDMA, mais les voix continuent, ce qui la rend suicidaire. Après quelques mois, elle cesse complètement les drogues et les voix disparaissent. Elle est soulagée et motivée à ne pas recommencer, le lien est clair pour elle. L'été suivant, elle tente à nouveau d'en reprendre lors d'un party, puisque tout allait bien depuis plus de 6 mois. Encore une fois, les symptômes de psychose reviennent. Elle comprend ce qui se passe, mais a de la difficulté à changer. Julie se souvient alors que son psychiatre lui avait parlé de la possibilité d'avoir un suivi externe au Centre de réadaptation en dépendance (CRD) qui travaille de façon conjointe avec la clinique; Julie décide de prendre rendez-vous et rencontre alors une professionnelle du CRD qui est en communication avec son intervenant de la clinique pour offrir une complémentarité des services.

Vignette 4

Kevin, 27 ans, consomme quotidiennement 1 à 3 comprimés d'amphétamines, 1 à 8 bières 5 % d'alcool et 1 à 3g de cannabis dont il ne connaît pas la composition, et 20 \$ de crack en début de mois. Ses parents n'ont pas pu le garder après sa première psychose il y a un an, car il a démoli sa chambre faisant ainsi peur à sa sœur de 14 ans. Depuis, il est expulsé à répétition tant des hébergements communautaires que du réseau, car sa consommation le rend agressif, ou encore distrait au point où il a failli mettre le feu en préparant son déjeuner. Malgré la rétroaction, Kevin ne constate pas d'impact négatif de sa consommation. Il participe à son suivi à la clinique, fait en collaboration avec les organismes communautaires qu'il fréquente, mais malgré la prise consécutive de deux anti-psychotiques injectables à action prolongée à dose maximale qu'il a tentée, les hallucinations et les voix menaçantes et mandatoires sont présentes, surtout lorsqu'il consomme amphétamines et crack, mais il refuse d'arrêter. Lors de ses 4 hospitalisations, les délires grandioses s'estompent, mais reviennent de plus belle dès les premières sorties. Cette fois, il a failli se faire frapper par une voiture en traversant l'autoroute et s'est battu sous la direction des « voix » qu'il entend. Constatant l'inaptitude de Kevin, l'impact majeur de la consommation sur sa santé mentale et l'impossibilité d'être logé adéquatement vu ses comportements désorganisés et dangereux pour lui et les autres liés à la consommation, sa psychiatre demande une autorisation de soins et d'hébergement. Les parents de Kevin, toujours impliqués, appuient la requête. Le juge ordonne que Kevin aille en thérapie pour la toxicomanie, à Portage pour 8 mois, tel que recommandé par la psychiatre, et soit ensuite hébergé dans des conditions qui permettent à l'équipe d'introduire et de superviser la clozapine. Un an plus tard, Kevin a terminé sa thérapie résidentielle et vit dans un appartement supervisé du réseau où sa médication est supervisée. Il consomme alcool et cannabis environ 1 à 2 fois par semaine, ne dépasse jamais 1,18 L de bière à 5 % et 0,5g de cannabis à 15 % THC et 10 % CBD par occasion. Il fait du bénévolat et souhaite trouver un petit boulot à temps partiel, les voix étant maintenant bien contrôlées.

Sur le plan pharmacologique, la prise d'un antipsychotique injectable est à privilégier comme elle favorise l'observance et la stabilité clinique. Il faut être sensible aux interactions possibles entre la médication et la consommation et en aviser le jeune. Par exemple, les stimulants peuvent provoquer et exacerber un trouble du mouvement (Deik et coll., 2012). On peut avoir recours à la clozapine plus précocement en cas d'échec à un antipsychotique, vu les données prometteuses tant pour la psychose que le TUS concomitant. On peut proposer de remettre le pilulier chaque semaine lors d'un rendez-vous régulier au PPEP si le fait d'aller chercher la médication à la pharmacie constitue un obstacle à la prise assidue. Pour la personne trop instable ou désorganisée, prendre la médication devant le pharmacien tous les jours peut également être utile.

Il est particulièrement bénéfique d'avoir un plan d'intervention en cas de crise qui soit connu par tous les membres de l'équipe. Par exemple, il est primordial de savoir quoi faire si un jeune se présente en état d'intoxication sévère, s'il se montre menaçant ou s'il présente un potentiel d'agressivité ou de suicidalité. On sera particulièrement vigilant en cas de comportements antérieurs agressifs contre soi-même ou autrui. La violence ne doit pas être tolérée, car lorsque l'on a peur, on perd notre capacité réflexive et les interventions risquent d'être inefficaces, voire délétères. Il est important de mettre une balise claire à cet effet dès le début du suivi. Pour l'intoxication, l'approche est personnalisée, la tolérance dépendra de son impact sur le jeune et du cadre de traitement. Par exemple, pour un jeune itinérant qui vient enfin à un rendez-vous après plusieurs relances, on tolérera un niveau d'intoxication permettant minimalement la rencontre et le début d'une alliance tandis que pour une personne bien engagée dans le suivi qui se montre intoxiquée et qui met ainsi en échec les objectifs communs établis, on annulera le rendez-vous, de façon empathique, en rappelant l'entente de ne pas être intoxiquée à la prochaine rencontre. Pour plusieurs, la rédaction d'un contrat thérapeutique par écrit, coconstruit avec le jeune, simple, par étapes, clarifiant 1 ou 2 objectifs avec les moyens à prendre pour les atteindre et le plan d'action en cas de bris thérapeutique peut être structurant et faciliter une continuité entre les interventions, qui pourrait autrement être mises à mal par l'instabilité, l'impulsivité et les troubles cognitifs.

Quand il y a de la dangerosité, il arrive que les équipes aient recours à une approche plus encadrante telle que l'hospitalisation ou l'autorisation judiciaire de soins pour le traitement de la psychose et de la

toxicomanie. Cela peut impliquer d'imposer la prise d'un antipsychotique sous forme injectable, de vivre dans un hébergement supervisé sécuritaire et encadrant, ou encore de participer à une thérapie résidentielle pour la toxicomanie (milieu fermé). L'ordonnance d'une thérapie en milieu fermé contre le gré doit être une mesure exceptionnelle de dernier recours et être réservée pour les rares cas où la sécurité et l'intégrité de la personne et/ou de son entourage sont menacées par les conséquences sévères de la comorbidité psychose-TUS (Bertulies-Esposito et coll., 2020).

La plupart de ces recommandations ont été résumées dans un formulaire d'ordonnances standardisées visant à guider l'évaluation et le traitement des personnes présentant une psychose émergente associée à l'utilisation du cannabis, développé par un consensus de psychiatres experts en intervention précoce et en psychiatrie des toxicomanies réunis par le Consortium Canadien d'intervention précoce pour la psychose dont des auteurs du présent article ont fait partie. Il peut être obtenu au <https://ippcanada.org/wp-content/uploads/2021/11/Formulaire-dordonnances-standardisees-sur-le-cannabis-et-la-psychose-precoce-FR.pdf>

Le centre d'expertise et de collaboration en troubles concomitants (<https://ruisss.umontreal.ca/cectc>) est également une ressource intéressante, qui offre entre autres, du soutien-conseil et du télémentorat aux équipes traitantes à travers le Québec.

Conclusion

Travailler avec des jeunes ayant un trouble concomitant comporte plusieurs défis. Les données sur les meilleures pratiques dans le traitement des troubles concomitants PEP-TUS sont relativement limitées. Certaines approches semblent avoir le potentiel d'améliorer l'évolution clinique des jeunes vivant avec de telles conditions, surtout si elles sont adaptées à cette population. Des efforts soutenus doivent être faits pour poursuivre la recherche et l'innovation dans la prise en charge des troubles concomitants, afin d'optimiser et de diversifier les interventions disponibles, et ultimement d'offrir des soins mieux adaptés aux jeunes adultes vivant avec un PEP et un TUS.

RÉFÉRENCES

- Abdel-Baki, A., Ouellet-Plamondon, C., Salvat, É., Grar, K. et Potvin, S. (2017). Symptomatic and functional outcomes of substance use disorder persistence 2 years after admission to a first-episode *psychosis* program. *Psychiatry Research*, 247, 113-119.
- Abdel-Baki, A., Thibault, D., Medrano, S., Stip, E., Ladouceur, M., Tahir, R. et Potvin, S. (2020). Long-acting antipsychotic medication as first-line treatment of first-episode psychosis with comorbid substance use disorder. *Early Intervention in Psychiatry*, 14, 69-79.
- Addington, J. et Addington, D. (2007). Patterns, predictors and impact of substance use in early psychosis: a longitudinal study. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 115, 304-309.
- Addington J. et Addington D. (2001). Impact of an early psychosis program on substance use. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 25, 60-67.
- Alvarez-Jimenez, M., Priede, A., Hetrick, S.E., Bendall, S., Killakey, E., Parker, A.G., McGorry, P.D. et Gleeson, J.F. (2012). Risk factors for relapse following treatment for first episode psychosis: A systematic review and meta-analysis of longitudinal studies. *Schizophrenia Research*, 116-128.
- Barnes, T.R., Drake, R., Paton, C., Cooper, S.J., Deakin, B., Ferrier, I.N., Gregory, C.J., Haddad, P.M., Howes, O.D., Jones, I., Joyce, E.M., Lewis, S., Lingford-Hughes, A., MacCabe, J.H., Owens, D.C., Patel, M.X., Sinclair, J.M., Stone, J.M., Talbot, P.S., Uptegrove, R., Wieck, A. et Yung, A.R. (2020). Evidence-based guidelines for the pharmacological treatment of schizophrenia: Updated recommendations from the British Association for Psychopharmacology. *J Psychopharmacol*, 34(1), 3-78.
- Barrowclough, C., Marshall, M., Gregg, L., Fitzsimmons, M., Tomenson, B., Warburton, J. et Lobban, F. (2014). A phase-specific psychological therapy for people with problematic cannabis use following a first episode of psychosis: a randomized controlled trial. *Psychological Medicine*, 44(13), 2749-2761.
- Bertulies-Esposito B., Sicotte R., Iyer S.N., Delfosse C., Girard N., Nolin M., Villeneuve M., Conus P. et Abdel-Baki A. (2021). Détection et intervention précoce pour la psychose: Pourquoi et comment? *Santé mentale au Québec*, 46(2), (accepté).
- Bertulies-Esposito, B. et Abdel-Baki, A. (2019). Éléments essentiels pour l'implantation à grande échelle de programmes d'intervention précoce pour premiers épisodes psychotiques en francophonie: l'exemple du Québec. *L'Information psychiatrique*, 95(2), 95-101.
- Bertulies-Esposito, B., Ouellet-Plamondon, C., Jutras-Aswad, D., Gagnon, J. et Abdel-Baki, A. (2020). The Impact of Treatment Orders for Residential Treatment of Comorbid Severe Substance Use Disorders for Youth Suffering from Early Psychosis: a Case Series. *International Journal of Mental Health and Addiction*. 28 May 2020 Online
- Boggs, D.L., Kelly, D.L., Liu, F., Linthicum, J.A., Turner, H., Schroeder, J.R., McMahon, R.P. et Gorelick, D.A. (2013). Cannabis withdrawal in chronic cannabis users with schizophrenia. *J Psychiatr Res*, 47(2), 240-245.

- Bonsack, C., Gibellini, M. S., Favrod, J., Montagrín, Y., Besson, J., Bovet, P. et Conus, P. (2011). Motivational intervention to reduce cannabis use in young people with psychosis: a randomized controlled trial. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 80, 287-297.
- Canadian Substance Use Costs and Harms Scientific Working Group. (2018). *Canadian substance use costs and harms (2007-2014)*. (Prepared by the Canadian Institute for Substance Use Research and the Canadian Centre on Substance Use and Addiction.) Canadian Centre on Substance Use and Addiction.
- Carr, J.A.R., Norman, R.M.G. et Manchanda, R. (2009) Substance misuse over the first 18 months of specialized intervention for first episode psychosis. *Early Intervention in Psychiatry*, 3, 221-225.
- Cather, C., Brunette, M. F., Mueser, K. T., Babbin, S. F., Rosenheck, R., Correll, C. U. et Kalos-Myer, P. (2018). Impact of comprehensive treatment for first episode psychosis on substance use outcomes: A randomized controlled trial. *Psychiatry Research*, 268, 303-311.
- Chong, H.Y., Teoh, S.L., Wu, D.B., Kotirum, S., Chiou, C.F. et Chaiyakunapruk, N. (2016) Global economic burden of schizophrenia: a systematic review. *Neuropsychiatr Dis Treat*, 12, 357-373.
- Crockford, D. et Addington, D. (2017). Canadian Schizophrenia Guidelines: Schizophrenia and Other Psychotic Disorders with Coexisting Substance Use Disorders. *Can J Psychiatry*, 62(9), 624-663.
- Deik, A., Saunders-Pullman, R. et San Luciano, M. (2012). Substances of abuse and movement disorders: complex interactions and comorbidities. *Curr Drug Abuse Rev*, 5(3), 243-253.
- Doré-Gauthier, V., Miron, J.P., Jutras-Aswad, D., Ouellet-Plamondon, C. et Abdel-Baki, A. (2020). Specialized assertive community treatment intervention for homeless youth with first episode psychosis and substance use disorder: A 2-year follow-up study. *Early Interv Psychiatry*, 14(2), 203-210.
- Drake, R.E., Mercer-McFadden, C., Mueser, K.T., McHugo, G.J. et Bond, G.R. (1998), Review of integrated mental health and substance abuse treatment for patients with dual disorders. *Schizophr Bull*, 24(4), 589-608.
- Early Psychosis Guidelines Writing Group and EPPIC National Support Program, Australian Clinical Guidelines for Early Psychosis, 2nd edition update, 2016, Orygen, The National Centre of Excellence in Youth Mental Health.
- Early Psychosis Prevention and Intervention Centre. (2001). Le case management dans la psychose débutante: un manuel. (Traduit par P. Conus, A. Maire et A. Polari). Parkville, VIC: Early Psychosis Prevention and Intervention Centre.
- Edwards, J., Elkins, K., Hinton, M., Harrigan, S. M., Donovan, K., Athanasopoulos, O. et McGorry, P. (2006). Randomized controlled trial of a cannabis-focused intervention for young people with first-episode psychosis. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 114, 109-117.
- Fischer, B., Robinson, T., Bullen, C., Curran, V., Jutras-Aswad, D., Medina-Mora, M.E., Pacula, R.L., Rehm, J., Room, R., Brink, W.V.D. et Hall, W. (2021). Lower-Risk Cannabis Use Guidelines (LRCUG) for reducing health harms from non-medical cannabis use: A comprehensive evidence and recommendations update. *Int J Drug Policy*, Aug 28:103381. doi: 10.1016/j.drugpo.2021.103381.

- Galletly, C., Castle, D., Dark, F., Humberstone, V., Jablensky, A., Killackey, E., Kulkarni, J., McGorry, P., Nielssen, O. et Tran, N. (2016). Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists clinical practice guidelines for the management of schizophrenia and related disorders. *Aust N Z J Psychiatry*, 50(5), 410-472.
- Gleeson, J.F., Cotton, S.M., Alvarez-Jimenez, M., Wade, D., Gee, D., Crips., K., Pearce, T., Newman, B., Spiliotacopoulos, D., Castle, D. et McGorry, P. (2009). A randomized controlled trial of relapse prevention therapy for first-episode psychosis patients. *Journal of Clinical Psychiatry*, 70, 477-486.
- Harrison, I., Joyce, E.M., Mutsatsa, S.H., Hutton, S.B., Huddy, V., Kapasi, M. et Barnes, T.R.E. (2008). Naturalistic follow-up of co-morbid substance use in schizophrenia: the West London first-episode study. *Psychol. Med*, 38, 79-88.
- Hjorthoj, C. R., Fohlmann, A., Larsen, A. M., Gluud, C., Arendt, M. et Nordentoft, M. (2013). Specialized psychosocial treatment plus treatment as usual (TH) versus TH for patients with cannabis use disorder and psychosis: the CapOpus randomized trial. *Psychological Medicine*, 43, 1499-1510.
- Johnson, S., Rains, L.S., Marwaha, S., Strang, J., Craig, T., Weaver, T., McCrone, P., King, M., Fowler, D., Piling, S., Marston, L., Omar, R.Z., Craig, M., Spencer, J. et Hinton, M. (2019). A contingency management intervention to reduce cannabis use and time to relapse in early psychosis: the CIRCLE RCT. *Health Technol Assess*, 23(45).
- Kavanagh, D. J., Young, R., White, A., Saunders, J. B., Wallis, J., Shockley, N. et Claire, A. (2004). A brief motivational intervention for substance misuse in recent-onset psychosis. *Drug and Alcohol Review*, 23, 151-155.
- Kemp, R., Harris, A., Vurel, E. et Sitharthan, T. (2007). Stop Using Stuff: trial of a drug and alcohol intervention for young people with comorbid mental illness and drug and alcohol problems. *Australasian Psychiatry*, 15, 490-493.
- Krause, M., Huhn, M., Schneider-Thoma, J., Bighelli, I., Gutmiedl, K. et Leucht, S. (2019). Efficacy, acceptability and tolerability of antipsychotics in patients with schizophrenia and comorbid substance use. A systematic review and meta-analysis. *European Neuropsychopharmacology*, 29, 32-45.
- Lo, T.L., Warden, M., He, Y., Si, T., Kalyanasundaram, S., Thirunavukarasu, M., Amir, N., Hatim, A., Bautista, T., Lee, C., Emsley, R., Olivares, J., Yang, Y.K., Kongsakon, R. et Castle, D. (2016). Recommendations for the optimal care of patients with recent-onset psychosis in the Asia-Pacific region. *Asia Pac Psychiatry*, 8(2), 154-171.
- Lal S., Abdel-Baki A., Sujanani S., Bourbeau F., Sahed I. et Whitehead J. (2020). Perspectives of Young Adults on Receiving Telepsychiatry Services in an Urban Early Intervention Program for First-Episode Psychosis: A Cross-Sectional, Descriptive Survey Study. *Front Psychiatry*, 3(11), 117.
- Lobbana, F., Barrowclough, C., Jeffery, S., Bucci, S., Taylor, K., Mallinson, S. et Marshall, M. (2010). Understanding factors influencing substance use in people with recent onset psychosis: A qualitative study. *Social Science & Medicine*, 70, 1141-1147.
- Madigan, K., Brennan, D., Lawlor, E., Turner, N., Kinsella, A., O'Connor, J. J. et O'Callaghan, E. (2013). A multi-center, randomized controlled trial of a group psychological intervention for psychosis with comorbid cannabis dependence over the early course of illness. *Schizophrenia Research*, 143, 138-142.

- Malla, A., Norman, R., Bechard-Evans, L., Schmitz, N., Manchanda, R. et Cassidy, C. (2008). Factors influencing relapse during a 2-year follow-up of first-episode psychosis in a specialized early intervention service. *Psychol. Med*, 38, 1585-1593.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2017). Cadre de référence : Programmes d'interventions pour premiers épisodes psychotiques (PPEP) (p. 56). Gouvernement du Québec.
- Mueser, K.T., Glynn, S.M., Cather, C., Xie, H., Zarate, R., Smith, L.F., Clark, R.E., Gottlieb, J.D., Wolfe, R. et Feldman, J. (2013). A randomized controlled trial of family intervention for co-occurring substance use and severe psychiatric disorders. *Schizophr Bull*, 39(3), 658-672.
- National Institute for Health and Care Excellence (NICE) (2014). Psychosis and Schizophrenia in Adults: Treatment and Management: Updated Edition 2014. NICE clinical guidelines 178.
- Ouellet-Plamondon C., Dubreucq S., Bérard M., Daneault JG., L'Heureux S., Olivier D., Nicole L. et Abdel-Baki A. (2012). L'intervention précoce pour la psychose... au Québec et à travers le monde. *Le partenaire*, 21(1), 4-8.
- Ouellet-Plamondon, C., Dubreucq, S. et Jutras-Aswad, D. (2019a). Management of psychosis in the context of cannabis use: beyond the chicken or the egg question. *Paediatrics & Child Health*, 25(suppl.1), S5-6.
- Ouellet-Plamondon, C., Huet, A.-S. et Abdel-Baki, A. (2019b). « C'est juste de l'herbe, docteur! » : Comment intervenir auprès des jeunes présentant une psychose émergente et un trouble d'utilisation du cannabis. *Santé Mentale*, 237, 44-51.
- Penttilä, M., Hirvonen, N., Isohanni, M., Jääskeläinen, E. et Miettunen, J. (2013). The association between duration of untreated psychosis (DUP) and long-term outcome in schizophrenia. A systematic review and meta-analysis. *European Psychiatry*, 28(S1):1-1.
- Prevention, E. P. (2001). *Case management in early psychosis: A handbook*. Early Psychosis Prevention and Intervention Centre.
- Prochaska, J.O. et DiClemente, C.C. (1984) The transtheoretical approach: crossing traditional boundaries of therapy. Homewood, IL: Dow Jones-Irwin.
- Starzer, M.S.K., Nordentoft, M. et Hjorthøj, C. (2018). Rates and Predictors of Conversion to Schizophrenia or Bipolar Disorder Following Substance-Induced Psychosis. *Am J Psychiatry*, 175(4), 343-350.
- Substance Abuse and Mental Health Services Administration: First-Episode Psychosis and Co-Occurring Substance Use Disorders. (2019). Publication No. PEP19-PL-Guide-3 Rockville, MD: National Mental Health and Substance Use Policy Laboratory. Substance Abuse and Mental Health Services Administration, 2019.
- Wade, D., Harrigan, S., McGorry, P.D., Burgess, P.M. et Whelan, G. (2007). Impact of severity of substance use disorder on symptomatic and functional outcome in young individuals with first-episode psychosis. *J. Clin. Psychiatry*, 68, 767-774.
- Wisdom, J.P., Manuel, J.I. et Drake, R.E. (2011). Substance use disorder among people with first-episode psychosis: a systematic review of course and treatment. *Psychiatr Serv*, 62(9), 1007-1012.

Détecter et traiter les troubles comorbides aux premiers épisodes psychotiques : un levier pour le rétablissement

Olivier Corbeil^a

Félix-Antoine Bérubé^b

Laurence Artaud^c

Marc-André Roy^d

RÉSUMÉ Objectifs Des comorbidités plus méconnues que les troubles d'utilisation de substance peuvent survenir chez les personnes vivant un premier épisode psychotique (PEP). Le présent article révisé l'importance de ces comorbidités par une synthèse de la littérature, éclairée de l'expérience clinique des auteurs.

-
- a. PharmD, M. Sc., Candidat au Ph. D. en sciences pharmaceutiques, Faculté de pharmacie, Université Laval – Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de la Capitale-Nationale (Département clinique de pharmacie, Institut universitaire en santé mentale de Québec) – Centre de recherche CERVO, Québec.
 - b. M.D. Psychiatre, FRCP, Professeur adjoint de clinique, Faculté de médecine, Université de Montréal – Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de l'Est-de-l'île-de-Montréal (Institut universitaire en santé mentale de Montréal).
 - c. M.D. Psychiatre, M. Sc., FRCP, Professeure adjointe, Faculté de médecine, Université de Montréal – Centre hospitalier de l'Université de Montréal.
 - d. M.D. Psychiatre, M. Sc., FRCP, Professeur titulaire, Faculté de médecine, Université Laval – Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de la Capitale-Nationale (Institut universitaire en santé mentale de Québec) – Centre de recherche CERVO, Québec.

Méthodes Cinq principaux groupes de comorbidités sont abordés : les troubles anxieux et obsessionnels-compulsifs, la dépression, le trouble de personnalité limite, le trouble lié aux jeux de hasard et d'argent et le trouble déficitaire de l'attention avec ou sans hyperactivité. Pour chacun de ces troubles, les données, quant à leur fréquence, leur impact sur le devenir des personnes atteintes, leur détection et leur traitement seront abordées et interprétées à la lumière de l'expérience clinique des auteurs.

Résultats Ces comorbidités ont été relativement négligées par les recherches, encore plus dans le contexte spécifique des PEP. Les données qui sont disponibles suggèrent néanmoins qu'elles sont très fréquentes dans cette population. Par exemple, on estime que la prévalence du trouble d'anxiété sociale pourrait atteindre 50 % et celle du trouble obsessionnel-compulsif 13,6 %. Les manifestations de ces troubles comorbides sont parfois difficiles à dissocier de celles de la maladie ; plusieurs manifestations des psychoses pouvant être rencontrées dans ces troubles comorbides et vice versa. Par exemple, le retrait social parfois rencontré dans les troubles anxieux ou la dépression peut être confondu avec des symptômes négatifs ; les troubles de comportement résultant des croyances délirantes ou de désorganisation du comportement survenant dans la psychose peuvent mener à un diagnostic erroné de trouble de personnalité ; les symptômes psychotiques survenant dans un trouble de personnalité partagent les caractéristiques de ceux survenant dans les troubles psychotiques ; les difficultés cognitives associées à un trouble déficitaire de l'attention peuvent donner le change pour celles liées directement au trouble psychotique. Dans certains cas, le traitement antipsychotique peut contribuer à l'émergence de manifestations de ces troubles comorbides, par exemple, des troubles obsessionnels-compulsifs survenant sous clozapine, ou le trouble lié aux jeux de hasard et d'argent survenant lors d'un traitement avec un agoniste dopaminergique. Si les traitements de ces comorbidités ont été peu évalués dans le cadre des PEP, les données disponibles et l'expérience clinique suggèrent que les traitements utilisés dans d'autres populations, une fois adaptés au contexte des PEP, peuvent s'avérer efficaces.

Conclusion Globalement, il y a peu de littérature portant sur ces troubles comorbides aux PEP. Pourtant, les données disponibles suggèrent qu'ils sont fréquents, que leur détection et leur traitement peuvent soutenir le rétablissement des personnes composant avec un PEP. Ainsi, il est essentiel de les prendre en compte dans une perspective de pratique d'intervention précoce axée sur le rétablissement.

MOTS CLÉS premier épisode psychotique, comorbidités, troubles anxieux, trouble de personnalité limite, trouble déficitaire d'attention avec ou sans hyperactivité, trouble obsessionnel-compulsif, anxiété sociale, troubles concomitants, jeu pathologique

Detecting and Treating Comorbid Disorders in First-Episode Psychosis: a Lever for Recovery

ABSTRACT Objectives Comorbidities that are less well known than substance use disorders may occur in individuals experiencing a first-episode psychosis (FEP). This article reviews the importance of these comorbidities through a synthesis of the literature, informed by the authors' clinical experience.

Methods Five main groups of comorbidities are discussed: anxiety and obsessive-compulsive disorders, depression, borderline personality disorder, gambling disorder and attention deficit disorder. For each of these disorders, data on their frequency, their impact on the outcome of affected individuals, their detection and treatment will be discussed and interpreted in light of the authors' clinical experience.

Results These comorbidities have been relatively neglected by research, even more so in the specific context of FEP. Nevertheless, the data that are available suggest that they are very common in this population. For example, it is estimated that the prevalence of social anxiety disorder may be as high as 50% and obsessive-compulsive disorder 13.6%. The manifestations of these comorbid disorders are sometimes difficult to dissociate from those of the illness; several manifestations of the psychoses can be encountered in these comorbid disorders and vice versa. For example, the social withdrawal sometimes encountered in anxiety disorders or depression may be confused with negative symptoms; behavioural disturbances resulting from delusional beliefs or behavioural disorganization occurring in psychosis may lead to a misdiagnosis of a personality disorder; psychotic symptoms occurring in a personality disorder share characteristics with those occurring in psychotic disorders; cognitive difficulties associated with an attention deficit disorder may give the impression of being directly related to the psychotic disorder. In some cases, antipsychotic treatment may contribute to the emergence of manifestations of these comorbid disorders, for example, obsessive-compulsive disorder occurring on clozapine, or gambling disorder occurring during treatment with a dopamine agonist. While treatments for these comorbidities have been poorly evaluated in the FEP setting, available data and clinical experience suggest that treatments used in other populations, when adapted to the FEP setting, may be effective.

Conclusion Overall, there is little literature addressing these comorbid disorders in FEP. Yet, the available evidence suggests that they are common, and that their detection and treatment can support recovery in individuals coping with FEP. Thus, it is essential to consider them from a recovery-oriented early intervention practice perspective.

KEYWORDS first-episode psychosis, comorbidities, anxiety disorders, borderline personality disorder, attention deficit disorder, obsessive-compulsive disorder, social anxiety, co-occurring disorders, gambling disorder

Objectifs

Des comorbidités psychiatriques, notamment les troubles d'utilisation de substances, sont fréquemment rencontrées chez les personnes composant avec un premier épisode psychotique (PEP). Si certaines d'entre elles sont plus méconnues et n'ont été que peu abordées dans le contexte spécifique des PEP, leur reconnaissance n'en demeure pas moins cruciale, car elles peuvent entraver le rétablissement de la personne. Ces comorbidités incluent les troubles anxieux et le trouble obsessionnel-compulsif (TOC), les troubles dépressifs, le trouble de personnalité limite (TPL), le trouble lié aux jeux de hasard et d'argent (TJHA) ainsi que le trouble déficitaire de l'attention avec ou sans hyperactivité (TDAH); les troubles d'utilisation de substances faisant déjà l'objet d'un article complet du présent numéro thématique ne seront donc pas abordés dans cet article (Ouellet-Plamondon et coll., 2021). Ainsi, les troubles anxieux et le TOC toucheraient jusqu'à 60 % des jeunes avec un PEP et pourraient contribuer à l'isolement social, tout en interférant significativement avec le rétablissement fonctionnel (Roy et coll., 2015). Les troubles dépressifs pourraient affecter plus du quart des personnes présentant un PEP, prédisant chez celles-ci une faible qualité de vie et un risque accru de suicide (Best et coll., 2020; Herniman et coll., 2019; McGinty et coll., 2018). Le TPL pourrait également toucher jusqu'à 1 patient sur 4 parmi les PEP et est associé à un risque accru de dangerosité, incluant le suicide, ainsi qu'à une augmentation du recours aux hospitalisations (Francey et coll., 2018). Le TJHA pourrait être de 4 à 16 fois plus fréquent chez les personnes avec un PEP comparativement à la population générale, et ses conséquences incluent la fragilisation de conditions socioéconomiques souvent déjà précaires (Corbeil et coll., 2021). Quant aux jeunes présentant à la fois un PEP et un TDAH, ceux-ci pourraient représenter jusqu'à 24 % de la population avec un PEP, soit une proportion non négligeable de personnes pour qui l'exacerbation des déficits cognitifs inhérents aux 2 troubles représente un sérieux obstacle au rétablissement (Jutla et coll., 2020). Ainsi, il va sans dire que le traitement de ces comorbidités constitue une cible thérapeutique importante. Or, la détection de ces comorbidités constitue un défi considérable, la littérature et l'expérience clinique nous enseignant qu'elles sont systématiquement sous-détectées et leurs impacts sur les personnes fréquemment sous-estimés. Qui plus est, si les données quant à leur traitement sont très rares, quel que soit le stade de la maladie, elles suggèrent néanmoins

qu'il peut parfois exercer un impact positif majeur sur le rétablissement de la personne.

Le présent article dresse un tableau de l'importance de ces comorbidités dans cette population au moyen d'une revue narrative de la littérature sur les diverses dimensions de ces comorbidités, à la lumière de l'expérience clinique des auteurs. Quant à l'état de stress post-traumatique, bien que des données suggèrent que celui-ci puisse être fréquent parmi les PEP, une méta-analyse a documenté d'importants écarts concernant sa prévalence dans cette population (de 4 % à 21 %), soulignant la présence de limites méthodologiques dans la littérature, notamment en lien avec les méthodes diagnostiques et de possibles biais de sélection (Achim et coll., 2011). Ainsi, bien que les auteurs aient pris la décision de ne pas aborder cette comorbidité dans le présent article, son importance clinique ne peut être sous-estimée et davantage de recherche doit donc s'y intéresser.

Méthodes

Cette revue narrative aborde 5 groupes de comorbidités, soit les troubles anxieux et le TOC, les troubles dépressifs, le TPL, le TJHA et le TDAH. Pour chacune de ces comorbidités, seront abordées les données quant à leur fréquence, leur impact sur le devenir des personnes atteintes, les difficultés de détection et leur traitement, à la lumière de la littérature et de l'expérience clinique des auteurs. Les références ont été identifiées en fonction d'une surveillance continue de la littérature par les auteurs, enrichie par une mise à jour effectuée en mars 2021 utilisant la base de données MEDLINE à l'aide de mots clés spécifiques aux comorbidités abordées et définis par chacun des coauteurs. L'accent sera mis sur ces enjeux dans le cadre des PEP, mais les auteurs puiseront aussi dans la littérature tirée de populations à d'autres stades de la maladie psychotique, compte tenu du peu d'études réalisées spécifiquement chez les PEP. Quelques vignettes cliniques seront offertes pour illustrer l'importance clinique de ces sujets.

OC est pharmacien dans une clinique PEP depuis plus de 3 ans et ses travaux de doctorat portent sur l'association entre le TJHA et les PEP. FA œuvre dans une clinique d'intervention précoce offrant à la fois une programmation PEP standard et de l'intervention précoce en trouble de la personnalité, qui a été l'objet de sa formation complémentaire à Orygen (Melbourne) auprès d'Andrew Chanen. LA est psychiatre clinicienne depuis 15 ans dans une équipe d'intervention

précoce pour la psychose en milieu hospitalier. MAR est psychiatre dans une clinique PEP depuis 1997 et l'un des aspects principaux de ses recherches porte sur les troubles comorbides aux psychoses, en particulier les troubles anxieux.

Résultats

Troubles anxieux et trouble obsessionnel-compulsif (TOC)

Bien que ces 2 groupes d'entités soient dans des catégories distinctes du DSM-5, nous les regroupons ici sous une même rubrique, car elles sont fréquemment étudiées conjointement et les enjeux les concernant se recoupent considérablement.

En termes de fréquence, il est estimé que jusqu'à 60 % des personnes composant avec un PEP présentent un trouble anxieux ou un TOC et la présence simultanée de ces 2 diagnostics est elle aussi fréquente (Roy et coll., 2015). Parmi ces diagnostics, les 2 ayant été les plus étudiés sont le trouble d'anxiété sociale, dont la prévalence est estimée de 25 à 50 % (Roy et coll., 2015), et le TOC, dont la prévalence est estimée à 13,6 % (Swets et coll., 2014). En ce qui concerne le trouble d'anxiété sociale, certaines données suggèrent que les écarts quant à l'estimation de sa fréquence découlent en partie de l'utilisation de méthodes diagnostiques différentes, les études utilisant des instruments de dépistage plus exhaustifs trouvant systématiquement une prévalence plus élevée (par exemple, l'échelle de Liebowitz pour le trouble d'anxiété sociale [Roy et coll., 2018a], et il en va de même avec la *Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale* pour le TOC [Swets et coll., 2014]), soulignant l'importance d'une recherche systématique de ces comorbidités.

En clinique, les manifestations des troubles anxieux et du TOC sont souvent automatiquement considérées comme des conséquences directes du PEP lui-même, ce qui contribue à leur sous-détection; par exemple, on assume souvent que la présence d'anxiété sociale découle d'un délire de référence. Les études ayant documenté que l'apparition des manifestations de ces 2 troubles précède souvent celles du PEP nous incitent à la prudence avant de tirer une telle conclusion. Ainsi, une étude longitudinale prospective a observé qu'un diagnostic de TOC augmentait de 5,8 fois le risque de développer ultérieurement un trouble psychotique primaire (Meier et coll., 2014). Aussi, les manifestations anxieuses sont souvent au premier plan dans les états mentaux à risque, bien avant l'éclosion de la psychose (Hall, 2017). Néanmoins,

il est probable que dans certains cas, ces manifestations comorbides soient à tout le moins alimentées par celles du PEP et par le caractère parfois traumatisant ou stigmatisant de l'expérience des symptômes psychotiques et de leur traitement. Notamment, on a fait ressortir le lien entre l'anxiété sociale chez les PEP et l'autostigmatisation (Birchwood et coll., 2007). Par exemple, un jeune qui aura présenté des comportements désorganisés dans des lieux publics pourrait avoir peur de se présenter dans de tels lieux de crainte qu'on le reconnaisse, ce qui représente un exemple typique d'autostigmatisation (Roy et coll., 2018b). Aussi, une personne qui a vécu des hallucinations auditives très dénigrantes ou menaçantes pourrait craindre de fréquenter le secteur où elle demeurerait pendant que cela est survenu, de peur que cela recommence. Finalement, des jeunes présentant un PEP peuvent rapporter des cauchemars ou des reviviscences d'expériences de coercition physique survenues dans le cadre d'interventions d'urgence, ce qui souligne l'importance de limiter le plus possible le recours à de telles mesures (Abdelghaffar et coll., 2016).

Notre expérience clinique nous enseigne que la distinction entre les symptômes de ces troubles comorbides et ceux du PEP lui-même peut s'avérer difficile à établir, d'autant plus qu'elle est peu balisée par la recherche. Parfois, les symptômes du trouble anxieux comorbide peuvent être confondus avec ceux de la maladie ou dissimulés par ces derniers. Par exemple, l'isolement social lié à un trouble d'anxiété sociale comorbide peut être considéré comme un symptôme négatif primaire (Roy et coll., 2018b). Aussi, un TOC peut parfois nourrir certains symptômes schneideriens, notamment les délires d'influence (vignette 1). À l'inverse, des manifestations de trouble anxieux peuvent découler directement des symptômes de la psychose ; dans de tels cas, on ne posera pas de diagnostic comorbide, eu égard au critère du DSM stipulant que les symptômes ne doivent pas pouvoir être mieux expliqués par un autre diagnostic, en l'occurrence le trouble psychotique. Ainsi, une très forte anxiété sociale peut découler d'un délire de référence, ou encore, la survenue d'hallucinations auditives menaçantes peut causer des attaques de panique. C'est donc l'exploration de la source des symptômes anxieux qui permettra de bien distinguer les manifestations de la psychose elle-même de celles du trouble comorbide (vignette 1). Par exemple, dans un trouble d'anxiété sociale, l'anxiété découlera de la crainte de l'évaluation des autres, alors que l'anxiété sociale d'origine psychotique découlera d'idées délirantes, notamment de délires de persécution ou de référence.

VIGNETTE 1

D'un symptôme négatif jusqu'à des obsessions en passant par un délire d'influence

Gilbert a vécu un PEP d'une durée de plusieurs mois, avec hallucinations et délires de persécution, qui ont bien répondu aux antipsychotiques, pour ensuite faire place à ce qui ressemble à des symptômes négatifs : il a peu d'activités, il est isolé, il est très peu expressif en entrevue. Questionné sur ce qui occupe son esprit, il décrit des ruminations concernant l'origine des pensées, questionnement auquel il consacre un temps considérable. En cherchant la source de ce questionnement, il vous apprend qu'il croit que ses pensées sont contrôlées à distance, bref, il présente un délire d'influence. Ensuite, en retraçant l'historique de cette idée délirante, il vous décrit qu'il a, depuis longtemps avant son PEP, des idées récurrentes, absurdes ; au début, il croyait qu'elles venaient de lui, mais, à travers son PEP, il en est venu à croire que ces idées étaient trop absurdes pour cela. Malgré le malaise que lui suscite la description de ces idées, il vous décrit des phobies d'impulsion violentes, bref, d'authentiques obsessions ; il est soulagé lorsque vous lui partagez cette explication. Avec du citalopram 40 mg, ces idées arrêtent, et, à partir de ce moment, son fonctionnement commence à s'améliorer. Ainsi, au cours des années qui suivent, il reprend progressivement une vie sociale et conjugale, il complète une maîtrise en littérature. Il fonde une entreprise liée à la construction routière, qui emploie 5 personnes.

La littérature sur le traitement des troubles anxieux et du TOC comorbides aux troubles psychotiques, constituée essentiellement de séries de cas ou d'essais cliniques non randomisés, peut être qualifiée de parcelaire, particulièrement en ce qui concerne plus spécifiquement les PEP. Globalement, les données disponibles et l'expérience clinique suggèrent que les approches thérapeutiques dont l'efficacité a été démontrée dans les troubles anxieux et les TOC non comorbides à un trouble psychotique, principalement la thérapie cognitivo-comportementale et les inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine (ISRS), semblent efficaces aussi lorsque ces troubles sont comorbides à un PEP. Il faut souligner que le traitement de ces comorbidités peut avoir un impact majeur sur le rétablissement des personnes concernées (Roy et coll., 2018b). De plus, notre expérience clinique, ainsi que la prise en compte de la psychopharmacologie des antipsychotiques, justifient de porter une attention particulière à une possible contribution des effets indésirables du traitement, en particulier de l'akathisie, celle-ci pouvant se manifester par de l'anxiété (Van Putten et Marder, 1987). D'ailleurs, cet effet indésirable peut être majoré par l'ajout d'un ISRS

au traitement antipsychotique en place, en raison d'interactions pharmacodynamiques, ce qui peut mener à une augmentation paradoxale de l'anxiété. Dans de tels cas, le passage à un agent antipsychotique causant peu d'akathisie peut améliorer la situation (p. ex. la quétiapine). Aussi, la possibilité que les antipsychotiques de seconde génération puissent induire un TOC a été discutée abondamment dans la littérature, surtout sur la base d'observations anecdotiques. Bien qu'il n'y ait toujours pas d'études randomisées sur cette question, une étude observationnelle d'une grande cohorte de patients a révélé une fréquence similaire de manifestations de TOC chez les personnes ne recevant pas d'antipsychotiques à celles en recevant un, que ceux-ci soient de première ou de seconde génération, à l'exception des personnes recevant de la clozapine, chez qui la fréquence de tels symptômes était 2 fois plus élevée (Meier et coll., 2014). Ainsi, le TOC pouvant constituer un effet indésirable de la clozapine, il faut surveiller sa possible émergence chez les personnes recevant cette molécule. Dans de tels cas, comme la clozapine a été instaurée en raison d'échecs avec d'autres antipsychotiques, l'ajout d'un traitement spécifique pour le TOC sera généralement préféré à un changement d'antipsychotique.

Troubles dépressifs

Environ 26 % des personnes avec un PEP présentent un diagnostic de trouble dépressif majeur concomitant, selon une méta-analyse récente (Herniman et coll., 2019). Il faut cependant souligner que cette estimation est potentiellement imprécise compte tenu du fait que les critères de la dépression incluent la présence de manifestations similaires aux symptômes négatifs des troubles psychotiques (p. ex. anhédonie, anergie) ou aux effets indésirables des antipsychotiques (p. ex. hypersomnie, augmentation de l'appétit, ralentissement psychomoteur, perte d'énergie). Pour pallier cette limite, notons que l'échelle de Calgary (Addington et coll., 1992) nous permet de cerner 9 symptômes dépressifs qui ne sont pas corrélés aux symptômes négatifs ou aux effets indésirables médicamenteux, soit 5 items liés aux cognitions dépressives (idées de suicide, autodépréciation, désespoir, culpabilité, idées de référence de culpabilité), 2 liés aux composantes affectives (tristesse ressentie et observée), et 2 liés aux aspects végétatifs de la dépression (insomnie terminale, humeur pire le matin). Parmi les explications possibles à cette fréquence élevée des symptômes dépressifs chez les PEP, on retient l'émergence d'une meilleure reconnaissance de la maladie (Amore et coll., 2020), l'autostigmatisation et la honte après

avoir vécu une psychose (Birchwood et coll., 2007), et la souffrance en lien avec les manifestations psychotiques (p. ex. découragement en lien avec des hallucinations auditives dénigrantes). Par ailleurs, il faut porter attention à la possibilité que des symptômes dépressifs soient des manifestations d'une dysphorie aux antipsychotiques (Awad, 2019). Cette dernière désigne un effet indésirable sur le plan du ressenti, qu'on peut concevoir comme étant une manifestation émotionnelle d'une diminution trop importante de la transmission dopaminergique causée par un antipsychotique (Awad, 2019), tel qu'illustré dans la vignette 2.

Les impacts des symptômes dépressifs sont majeurs et justifient qu'une attention leur soit portée, car ils sont des prédicteurs d'une pauvre qualité de vie perçue et d'un rétablissement personnel plus difficile (Best et coll., 2020), constituent un obstacle pour le rétablissement fonctionnel (McGinty et Upthegrove, 2020) et augmentent le risque de suicide (McGinty et coll., 2018). Malgré leur importance, relativement peu de données sont disponibles concernant leur traitement dans le cadre des troubles psychotiques, particulièrement pour les PEP. Au plan pharmacologique, 3 avenues peuvent être considérées. D'abord, les antidépresseurs ont une efficacité modeste, mais significative et, surtout, contrairement aux idées reçues (Helfer et coll., 2016), ils n'augmentent pas le risque de rechute psychotique, pour peu que ces agents soient introduits alors que les symptômes psychotiques sont raisonnablement maîtrisés. Ceci dit, l'ajout de psychostimulants (p. ex. méthylphénidate, dérivés des amphétamines) pour potentialiser l'effet des antidépresseurs, une pratique courante dans des contextes autres que celui des troubles psychotiques, n'est pas recommandé étant donné que leur utilisation chez des personnes ayant un trouble psychotique risque d'entraîner une aggravation des symptômes psychotiques. Ensuite, il a été suggéré que la présence au premier plan d'éléments dépressifs chez une personne avec un PEP pourrait orienter le choix de l'antipsychotique vers une molécule dont les effets antidépresseurs sont mieux étayés (p. ex. aripiprazole, quétiapine, lurasidone) (van Rooijen et coll., 2019), quoique cette approche n'ait été que très peu évaluée. Finalement, si on conclut qu'il peut s'agir d'une dysphorie aux antipsychotiques (vignette 2), une diminution de la dose ou le passage à un antipsychotique ayant un profil favorable sur ces aspects (p. ex. quétiapine, clozapine) pourrait être envisagé. Dans cette situation, l'ajout d'un ISRS peut être problématique en raison de leur interaction avec les antipsychotiques sur le plan de la transmission dopaminergique, pouvant aggraver la dysphorie.

En ce qui concerne les mesures non pharmacologiques, les méta-analyses démontrent que l'effet favorable sur les symptômes dépressifs des thérapies cognitivo-comportementales ciblant principalement la psychose n'est que modeste lorsqu'elle est offerte à des personnes sans égard à la présence ou non de symptômes dépressifs (van Rooijen et coll., 2019), mais très peu d'études ont examiné leur impact chez des personnes pour qui ceux-ci constituaient la principale cible. En plus des interventions pharmacologiques ou psychologiques ciblant spécifiquement des éléments dépressifs, on retient que ces derniers sont l'une des dimensions pour lesquelles l'intervention précoce démontre le plus clairement sa supériorité en comparaison à d'autres modalités de traitement des PEP (Correll et coll., 2018). Ainsi, certains ingrédients de l'approche PEP, détaillée dans un article du présent numéro thématique (Bertulies-Esposito et coll., 2021), semblent exercer un effet favorable sur ce plan, qui découle possiblement de l'espoir généré par une approche axée sur le rétablissement, soulignant ainsi la nécessité de mettre l'accent sur ces ingrédients non spécifiques, comme celui de nourrir l'espoir et de soutenir la réalisation du projet de vie.

VIGNETTE 2

Dysphorie aux antipsychotiques ou dépression ?

La consommation d'une dose unique de 3,4-méthylènedioxy-N-méthylamphétamine (MDMA) déclenche chez Sylvie un PEP, qui persistera, même si elle ne consomma pas à nouveau, et 6 semaines plus tard, elle est conduite à l'urgence. Elle est hospitalisée pendant 3 semaines, ses symptômes disparaissant avec de l'olanzapine 15 mg. De retour chez elle, elle décrit qu'elle ne se sent plus elle-même, qu'elle ne sait quoi dire quand elle voit ses amies, qu'elle n'a le goût de rien ; on diminue alors l'olanzapine à 10 mg, et on ajoute de l'aripiprazole 5 mg, sans succès ; on envisage alors l'ajout d'un antidépresseur, concluant à une dépression postpsychotique, mais elle déménage sur le territoire de votre PPEP et vous est adressée.

Lorsque vous la rencontrez, 3 mois après son départ de l'hôpital, elle décrit un sentiment de neutralité émotionnelle : plus rien ne la touche, elle se sent vide. Les manifestations extrapyramidales se limitent à de légères difficultés à effectuer des mouvements alternés et à une apparence peut-être subtilement figée. Soupçonnant une dysphorie aux antipsychotiques, vous remplacez ses 2 antipsychotiques par de la quétiapine 600 mg, le fait que cette molécule est un plus faible bloqueur dopaminergique la rendant mieux tolérée sur ce plan. Votre hypothèse se confirme : Sylvie ne se sent plus du tout dysphorique, elle redevient souriante et reprend ses activités habituelles.

Trouble de personnalité limite (TPL)

On estime qu'environ la moitié des personnes ayant un trouble psychiatrique à l'Axe I auraient aussi un trouble de la personnalité et que le TPL serait le plus fréquent (Chanen et coll., 2008). Selon les données les plus récentes, parmi les personnes traitées pour un PEP, 20 à 25 % présenteraient un TPL comorbide (Francey et coll., 2018).

Historiquement, le TPL était conçu comme se situant à la frontière entre les personnalités dites névrotiques et psychotiques. Des altérations transitoires dans le test de la réalité étaient considérées comme faisant partie du trouble. Depuis 1994, l'un des critères diagnostiques du TPL mentionne que ces personnes peuvent présenter des idéations paranoïdes transitoires en situation de stress. Notons que les hallucinations, au sens strict, ne sont pas comprises dans ce critère. On observe pourtant que des symptômes psychotiques, en particulier les hallucinations auditives, seraient expérimentés par près de la moitié des personnes ayant un TPL (Kingdon et coll., 2010). Certains cliniciens utilisent le terme de « pseudo-hallucinations » pour désigner ces troubles perceptuels survenant dans le contexte du TPL, mais ce concept est contesté. Il pourrait notamment paver la voie à des conduites stigmatisantes et invalidantes, puisqu'il sous-entend que le vécu de la personne serait factice ou simulé (van der Zwaard et Polak, 2001). Dans les faits, les études révèlent que les hallucinations auditives verbales rapportées par les personnes ayant un TPL seraient identiques, sur le plan sémiologique, à celles décrites par les personnes ayant un trouble psychotique (Slotema et coll., 2012). En outre, elles seraient réactives au stress, tout comme c'est le cas dans les troubles psychotiques, mais pourraient aussi survenir en l'absence de stress, donc ne seraient pas seulement « transitoires » (vignette 3) (Glaser et coll. 2010).

VIGNETTE 3

TPL ou pas? Un dilemme diagnostique

Ingrid, 23 ans, est adoptée. À 10 ans on pose un diagnostic de trouble de désinhibition du contact social (auparavant le trouble réactionnel de l'attachement, type désinhibé). À 18 ans on diagnostique un TPL. Elle adhère peu à son suivi, présentant un mode de vie chaotique. Elle se retrouve souvent à l'urgence pour des crises suicidaires. Elle explique aux aidants qu'elle cherche volontairement à provoquer les policiers avec une arme blanche dans l'espoir que ceux-ci l'abattent. Vers 21 ans, elle commence à mentionner des voix qui la somment de se tuer. Malgré cela on lui donne congé à chaque fois après moins de 72 heures

à l'urgence, sans traitement pharmacologique. Ultérieurement, on réalise qu'elle a la conviction inébranlable qu'une odeur nauséabonde s'échappe de son corps, qu'on l'évite pour cette raison et que des personnes s'introduisent chez elle pour voler ses biens. En rétrospective, il apparaît que depuis 2 ans elle ne cherche plus à travailler et passe le plus clair de ses journées dans sa chambre, sans rien faire. Après 2 essais infructueux avec des antipsychotiques, la prise de clozapine à dose thérapeutique entraîne une réduction franche des hallucinations et des délires, bien que ses difficultés interpersonnelles persistent.

S'il n'est pas possible de distinguer le TPL d'un trouble psychotique sur la seule base des hallucinations auditives, certaines caractéristiques cliniques peuvent permettre de mieux les discriminer. Il semble que les personnes avec un TPL présentent moins de trouble formel de la pensée, de délire bizarre et de symptômes négatifs que les personnes avec un trouble psychotique (Tschoeke et coll., 2014). Aussi, les 2 troubles ne sont pas mutuellement exclusifs et il importe ainsi de bien caractériser la trajectoire développementale. Dans certains cas, les symptômes du TPL sont présents de façon prémorbide et persistent une fois le trouble psychotique installé, mais dans d'autres cas ils se confondent avec le prodrome. À toutes fins pratiques, la présence concomitante des critères relatifs au TPL et à un trouble psychotique devrait conduire au double diagnostic. Il pourrait y avoir débat quant à l'utilité ou non de poser un diagnostic de TPL comorbide au PEP si la dysrégulation affective et l'impulsivité sont survenues strictement avec l'installation du trouble psychotique et sont en franc contraste avec le reste de la trajectoire développementale. Dans ce cas, on peut poser l'hypothèse que le trouble psychotique et ses impacts au plan neurobiologique expliquent mieux le tableau clinique, ce qui constitue un critère d'exclusion pour le TPL.

La comorbidité entre le trouble psychotique et le TPL est importante à identifier, puisque les 2 troubles peuvent s'améliorer avec des traitements adéquats et que l'absence de soins peut entraîner une détérioration du fonctionnement (p. ex. itinérance, toxicomanie, enjeux légaux) et un risque accru de dangerosité (violence, suicide). Les personnes qui présentent cette comorbidité constituent un sous-groupe plus symptomatique, plus complexe à prendre en charge et qui présente un taux plus élevé d'hospitalisations. De plus, la présence d'un TPL chez une personne avec un PEP semble avoir un impact négatif sur l'accès aux services, comparativement à ceux qui présentent un PEP sans TPL, en lien notamment avec l'incertitude sur le plan

diagnostic qui pourrait accroître le délai de prise en charge (Francey et coll., 2018).

Le traitement de ces personnes nécessite une approche flexible et intégrée au PEP. Dans les phases précoces du suivi, la priorité est habituellement mise sur le traitement des symptômes psychotiques. En effet, lorsque ces derniers sont contrôlés, les enjeux de personnalité peuvent ne plus être à l'avant-plan, alors que pour d'autres personnes, le trouble de personnalité se confirmera. Dans de tels cas, on évite autant que possible d'offrir d'une part, un suivi trop intensif visant à « sauver la personne » et, d'autre part, d'adopter une approche exclusivement axée sur la responsabilisation, laquelle pourrait être perçue par la personne comme une forme de rejet. À cet égard, le travail en équipe multidisciplinaire avec des réunions fréquentes et la supervision entre pairs s'avèrent essentiels. Il est par ailleurs important que le patient soit informé dès que possible de son double diagnostic afin d'éviter de retarder les interventions visant à travailler sur le TPL. Ainsi, dès le début du suivi on élabore, en collaboration avec le patient, un plan d'intervention qui est guidé par ses objectifs de rétablissement et qui s'ajuste selon les symptômes prédominants (psychotiques ou relationnels). Un plan de gestion de crise est discuté entre le patient et l'équipe. On y indique les signes annonciateurs de crise, les stratégies à mettre en place et les limites claires au-delà desquelles des mesures plus encadrantes seront nécessaires. Ce plan doit être régulièrement ajusté en fonction des symptômes qui prédominent et du degré d'autonomie que le patient peut assumer tout en assurant sa sécurité. Bien que les données soient limitées, un essai clinique a démontré qu'une intervention psychothérapeutique individuelle ciblant le TPL est possible chez les patients avec un PEP (Gleeson et coll., 2012), tandis que l'efficacité des interventions de groupe reste quant à elle à étudier.

Trouble lié aux jeux de hasard et d'argent (TJHA)

Le TJHA partage de nombreuses similitudes avec les troubles d'utilisation de substances, notamment en termes de présentation clinique et de processus neurobiologiques impliqués, si bien que le TJHA a été reclassé parmi les troubles addictifs dans le DSM-5 (Petry et coll., 2014). Malgré que peu d'études se soient encore intéressées au TJHA en comorbidité aux troubles psychotiques, il a été suggéré que la prévalence du TJHA dans cette population pourrait être jusqu'à 4 fois plus élevée que dans la population générale (Bergamini et coll., 2018; Desai et Potenza, 2009; Haydock et coll., 2015). Chez les PEP, la seule

étude menée sur le sujet révélait une prévalence de TJHA de 6,4 % dans un échantillon du Québec comptant 219 jeunes traités pour un PEP (Corbeil et coll., 2021) en comparaison avec une prévalence de 0,4 % dans la population générale (Luce et coll., 2016). Ce dernier point pourrait résulter de la surreprésentation de certains facteurs de risque du TJHA dans la population des PEP, par exemple, le genre masculin, le jeune âge et certaines comorbidités dont l'utilisation de substances, mais le traitement pharmacologique pourrait également y contribuer (Johansson et coll., 2009). En effet, des cas de TJHA secondaires à la prise d'agoniste dopaminergique, notamment l'aripiprazole, ont été décrits et cette potentielle association a été documentée de façon plus robuste dans une étude de cas-témoins chez les PEP publiée récemment (Corbeil et coll., 2020 ; Corbeil et coll., 2021).

Les conséquences associées au TJHA, qui incluent les ennuis financiers, le bris du réseau social et la détresse psychologique, s'additionnent aux difficultés engendrées par le trouble psychotique, interférant d'autant plus avec les chances de rétablissement des individus (Neal et coll., 2005). Il est ainsi essentiel que cette comorbidité soit adéquatement prise en compte par les professionnels œuvrant auprès des personnes aux prises avec un PEP. Pour ce faire, une procédure systématique de dépistage et d'évaluation des habitudes de jeu devrait être mise en place à différents moments du parcours de soins. Malheureusement, à notre connaissance, aucun instrument de dépistage adapté à la population PEP n'est actuellement disponible. Dans une étude en cours, nous utilisons un bref questionnaire concernant la fréquence et le montant dépensé pour différents types de jeux de hasard et d'argent, puis complétons avec l'Indice de la Gravité du Jeu Problématique (Ferris et Wynne, 2001). De plus, aucune approche de traitement spécifique à ces personnes n'a encore été développée; ceux-ci sont référés vers les services spécialisés standards pour y recevoir les traitements psychothérapeutiques usuels à base de thérapie cognitivo-comportementale qui n'ont pas été évalués dans les troubles psychotiques. Dans notre expérience, lors de TJHA survenu sous aripiprazole, un changement d'agent ou une diminution de doses, bien que pas toujours nécessaires, ont été associés à une résolution du TJHA dans certains cas (vignette 4). Quoi qu'il en soit, pour pallier ces limites, et pour mieux cerner les personnes les plus vulnérables au TJHA, une étude de cohorte multicentrique est actuellement en cours dans 2 programmes pour PEP du Québec.

VIGNETTE 4

TJHA sous aripiprazole

Jean-Marc, 25 ans, est à l'emploi d'une petite entreprise comme technicien informatique. Il reçoit de l'aripiprazole en injection à une dose de 300 mg tous les 28 jours depuis 1 an, après avoir souffert d'un PEP pour lequel de la rispéridone avait initialement été efficace, mais non tolérée. Il reçoit aussi de la sertraline pour un trouble d'anxiété sociale depuis plus de 1 an. Il vous apprend aujourd'hui qu'il a 2 mois de retard sur le paiement de son loyer et qu'il a accumulé une dette de 5 000 \$ sur sa carte de crédit. Il vous dit pourtant qu'il occupe toujours son emploi. En le questionnant sur ses habitudes de consommation, il vous dit qu'il consomme un peu plus d'alcool, avec 2 à 3 bières par jour, mais ne fume pas de tabac et ne consomme aucune drogue. Depuis environ 6 mois cependant, il aurait commencé à jouer sur des sites de casino en ligne, initialement à coup de 20 \$, jusqu'à y dépenser l'entièreté de ses paies. Il rapporte qu'avant la psychose, sa pratique de jeux de hasard et d'argent se limitait à des soirées de poker occasionnelles entre amis. Afin d'évaluer la sévérité de son comportement de jeu actuel, Jean-Marc est questionné à l'aide de l'Indice de la Gravité du Jeu Problématique; le score obtenu est de 14/27, suggérant un jeu problématique. Après avoir exclu un potentiel épisode de manie, le psychiatre pose un diagnostic de TJHA. Étant donné la possible association entre la prise d'aripiprazole et l'émergence de jeu problématique, le psychiatre et Jean-Marc décident de remplacer le traitement antipsychotique actuel par la quétiapine. Trois mois plus tard, alors en suivi au centre de traitement des dépendances, Jean-Marc affirme ne pas avoir rejoué et être en voie de rembourser ses dettes.

Trouble déficitaire de l'attention avec ou sans hyperactivité (TDAH)

La prévalence du TDAH est plus élevée chez les adolescents et les jeunes adultes souffrant d'un PEP; elle pourrait varier entre 8,1 et 24 % selon les études (Jutla et coll., 2020; Strålin et Hetta, 2019). Ce constat n'est pas surprenant étant donné que les enfants souffrant d'un TDAH sont davantage à risque de développer un trouble psychotique à l'âge adulte que la population générale (Nourredine et coll., 2021). Il a d'ailleurs été suggéré que cette association n'est pas seulement attribuable au fait que les troubles d'utilisation de substances, un facteur de risque bien connu du développement de troubles psychotiques, sont plus fréquents chez les jeunes avec un TDAH (Björkenstam et coll., 2020). De plus, parmi les jeunes présentant cette comorbidité, un risque accru de réhospitalisation pour cause de comportements autoagressifs et de troubles d'utilisation de substances a été rapporté au cours des 2 années suivant le PEP (Strålin et Hetta, 2019). Il est ainsi essentiel

que des efforts soient consacrés au dépistage et au traitement du TDAH chez ces personnes, ce qui peut s'avérer un défi.

Le dépistage du TDAH chez les personnes souffrant d'un trouble psychotique peut être en soi complexe à réaliser étant donné le chevauchement, entre les 2 conditions, de plusieurs déficits au plan cognitif, dont les difficultés attentionnelles et l'altération de la mémoire de travail ainsi que des fonctions exécutives. L'anxiété liée au PEP ou à un trouble anxieux peut perturber l'attention et induire des difficultés s'apparentant parfois à celles du TDAH. De plus, l'utilisation de certains médicaments, notamment les antipsychotiques et les agents anticholinergiques, peut être associée à une perturbation des fonctions cognitives et à un ralentissement psychomoteur, causant des manifestations similaires à celles du TDAH. Ainsi, le dépistage du TDAH chez les jeunes souffrant d'un PEP doit idéalement être basé sur une histoire développementale et une évaluation neuropsychologique rigoureuses. Quant au traitement du TDAH chez les personnes souffrant d'un trouble psychotique, celui-ci confronte les cliniciens à un dilemme déchirant : d'un côté, les psychostimulants (p. ex. méthylphénidate, dérivés des amphétamines) sont les médicaments de première intention dans le traitement du TDAH en raison de leur efficacité (Canadian ADHD Resource Alliance [CADDRA], 2018), mais d'un autre côté ils sont associés à des cas d'exacerbation et de survenue de symptômes psychotiques (Solmi et coll., 2019). Malgré le fait qu'aucune conduite clinique spécifique ne puisse s'appliquer à toutes les personnes présentant cette comorbidité, certains aspects doivent être pris en compte.

VIGNETTE 5

Le TDA de Marie

Marie, âgée de 23 ans, est traitée pour un PEP avec de la lurasidone à une dose de 60 mg par jour. Ce traitement lui a permis de reprendre l'école, mais elle exprime de la difficulté à se concentrer en classe et à remettre ses travaux à temps. Elle souhaiterait recommencer le méthylphénidate qu'elle recevait jusqu'à son PEP. Un examen neurologique identifie des manifestations extrapyramidales, dont une raideur franche aux poignets. La dose de lurasidone est diminuée à 40 mg par jour et on remet à Marie les questionnaires *Adult ADHD Self-Report Scale* (ASRS) et *Weiss Functional Impairment Rating Scale* (WFIRS-S). Un mois plus tard, malgré la disparition des réactions extrapyramidales, Marie se plaint toujours de difficultés attentionnelles. Les résultats des questionnaires, les propos de la mère et de l'orthopédagogue de l'école suggèrent la présence d'un TDAH. On opte pour un essai de bupropion 150 mg pour ses effets antidépresseur et

stimulant. Devant l'absence d'amélioration après 12 semaines, on passe alors à l'atomoxetine. Deux mois plus tard, avec une dose de 60 mg par jour, Marie constate une amélioration de son énergie, et une meilleure facilité à écouter en classe, propos corroborés par sa mère et l'orthopédagogue; cette dernière lui enseigne aussi des stratégies pour compenser ses difficultés d'attention, ce que renforce sa gestionnaire de cas (*case manager*). Les résultats scolaires de Marie s'améliorent significativement, et ses symptômes psychotiques demeurent bien maîtrisés.

D'abord, étant donné que le trouble psychotique peut en soi contribuer, voire mimer des manifestations du TDAH, celui-ci devrait être adéquatement traité à l'aide d'un antipsychotique. Comme mentionné précédemment, la médication utilisée à cette fin peut également avoir un impact sur la symptomatologie du TDAH; un souci devrait être porté à l'utilisation d'antipsychotiques de seconde génération, ayant une incidence moindre de réactions extrapyramidales et de ralentissement psychomoteur, à l'utilisation de la plus faible dose efficace, à la minimisation de la polypharmacie, particulièrement les anticholinergiques, et à la reconnaissance ainsi qu'à la correction des effets indésirables susmentionnés. Suivant la même logique, les autres comorbidités présentées par le patient devraient être adéquatement traitées par le biais d'approches psychothérapeutiques et/ou pharmacologiques, notamment les troubles d'utilisation de substances, les troubles anxieux et les troubles de l'humeur. Malgré tout, si des manifestations du TDAH persistent et interfèrent significativement avec le fonctionnement de la personne, un traitement pharmacologique, de préférence en combinaison avec des approches non pharmacologiques telles que la remédiation cognitive et la thérapie cognitivo-comportementale, pourrait être nécessaire (CADDRA, 2018). À cet effet, Safren et coll. (2005) ont démontré qu'une approche de psychothérapie individuelle intégrée permettait non seulement de diminuer les symptômes du TDAH, mais aussi d'autres symptômes tels que l'anxiété et la dépression, et ce, en combinaison ou non avec la médication. Dans tous les cas, un suivi adéquat devrait être mis en place avec la participation des proches si possible et incluant des outils permettant d'objectiver les bénéfices apportés par la médication (p. ex. les échelles d'autoévaluation *Adult ADHD Self-Report Scale* et *Weiss Functional Impairment Rating Scale*) (CADDRA, 2018).

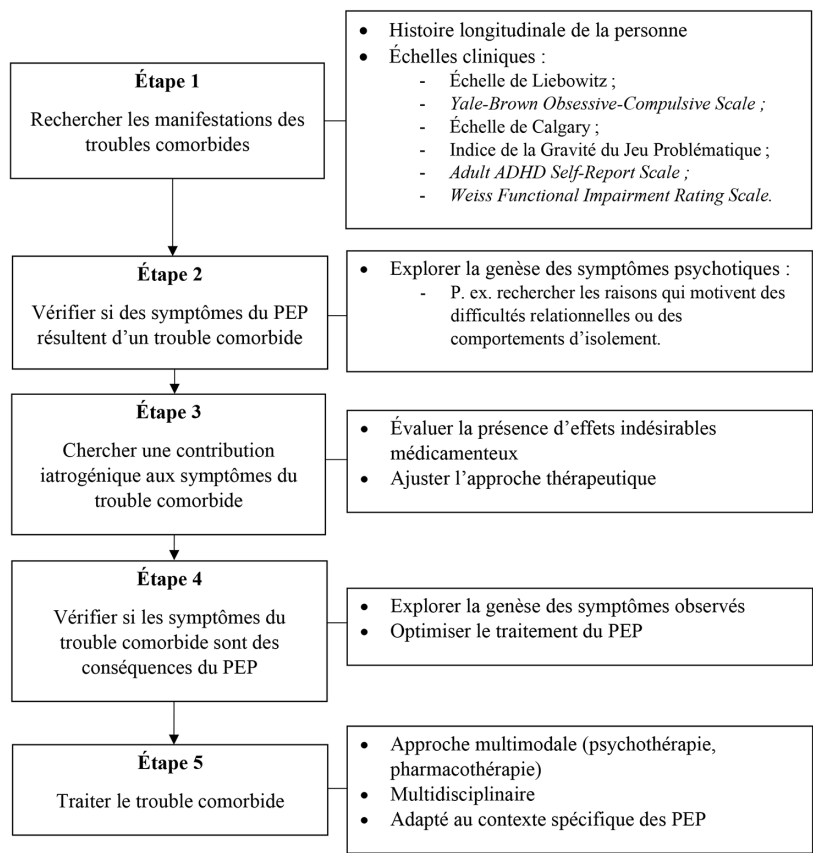
Discussion

Les comorbidités abordées dans le présent article ont été relativement négligées par la recherche, particulièrement dans le contexte spécifique des PEP. Ainsi, les études évaluant la fréquence de ces comorbidités dans cette population peuvent avoir été menées sur de petits échantillons de patients seulement, avec des méthodes de diagnostic hétérogènes, conduisant à une grande variabilité dans les estimations obtenues. La littérature portant sur leur traitement est quant à elle encore plus parcellaire, nécessitant souvent d'extrapoler les résultats obtenus auprès d'autres populations, souvent plus âgées. Ainsi, bien que la recension et la sélection des études ainsi que l'évaluation de leur qualité n'aient pas été effectuées de manière systématique dans cette présente revue, les données présentées suggèrent que ces comorbidités sont fréquentes chez les personnes présentant un PEP, qu'elles peuvent avoir des conséquences importantes, que leur identification nécessite un certain degré de raffinement des évaluations et que leur prise en compte dans la planification du traitement peut apporter des bénéfices considérables.

En guise de synthèse, nous proposons une démarche « étapiste » pour aborder ces comorbidités, dans une perspective longitudinale (figure 1). Cette démarche est conçue pour être appliquée en période de relative accalmie des manifestations psychotiques, compte tenu de la difficulté à distinguer ces dernières de celles des comorbidités. Aussi, bien qu'elle soit présentée sous forme d'étapes, la démarche proposée n'est pas strictement séquentielle, car certaines de ces étapes peuvent être réalisées simultanément. Finalement, il s'agit d'un processus itératif, car les manifestations des troubles psychotiques peuvent changer avec le temps, et parce qu'il est impossible de saisir en une seule fois l'ensemble des nuances du tableau clinique présenté par une personne.

FIGURE 1

Démarche «étapiste» du traitement des comorbidités
parmi les premiers épisodes psychotiques (PEP)



Conclusion

La complexité des éléments abordés ici souligne l'importance de mettre en place de la formation à ces aspects pointus pour développer des habiletés d'évaluation et de traitement. Le développement de ces dernières sera favorisé par les échanges interdisciplinaires à l'intérieur des équipes et les formations croisées, afin de bénéficier des perspectives diverses pour éclairer de divers angles ces dimensions complexes. Aussi, il est clair que les zones peu explorées mises en exergue dans le présent article mériteraient que les recherches s'y penchent davantage, notamment dans le contexte spécifique des PEP.

Enfin, si l'on peut conclure à l'importance de la prise en compte de ces troubles comorbides afin de soutenir le rétablissement des personnes devant composer avec un PEP, une importante considération n'a pas été abordée dans ce présent article. En effet, malgré toute la bonne volonté des professionnels œuvrant auprès des personnes aux prises avec un PEP, les solutions et les interventions proposées ne sont pas toujours facilement accessibles. Malgré une réduction des disparités entre les services disponibles dans les grands centres et dans les régions plus éloignées avec les récents investissements en intervention précoce, force est d'admettre que l'accès à des services spécialisés, par exemple en neuropsychologie, demeure hétérogène à travers la province. Ce constat, et l'impact des troubles comorbides sur le devenir des personnes souffrant d'un PEP, souligne l'importance de continuer à investir dans l'amélioration de l'accessibilité aux services en santé mentale. Des efforts doivent également être déployés afin de faire tomber les murs entre les différents services, de manière à ce que les jeunes adultes avec un PEP puissent bénéficier d'interventions globales qui tiennent compte de la pluralité de leurs besoins.

RÉFÉRENCES

- Abdelghaffar, W., Ouali, U., Jomli, R., Zgueb, Y. et Nacef, F. (2016). Posttraumatic stress disorder in first-episode psychosis: Prevalence and related factors. *Clin Schizophr Relat Psychoses*, 12(3), 105-112B.
- Achim, A., Maziade, M., Raymond, E., Olivier, D., Mérette, C. et Roy, M. A. (2011). How prevalent are anxiety disorders in schizophrenia? A meta-analysis and critical review on a significant association. *Schizophr Bull*, 37(4), 811-821.
- Addington, D., Addington, J., Maticka-Tyndale, E. et Joyce, J. (1992). Reliability and validity of a depression rating scale for schizophrenics. *Schizophr Res*, 6(3), 201-208.
- Amore, M., Murri, M. B., Calcagno, P., Rocca, P., Rossi, A., Aguglia, E., Bellomo, A., Blasi, G., Carpiniello, B., Cuomo, A., dell'Osso, L., di Giannantonio, M., Giordano, G. M., Marchesi, C., Monteleone, P., Montemagni, C., Oldani, L., Pompili, M., Roncone, R., ... Maj, M. (2020). The association between insight and depressive symptoms in schizophrenia: Undirected and Bayesian network analyses. *Eur Psychiatry*, 63(1), 1-21.
- Awad, A. G. (2019). Revisiting the concept of subjective tolerability to antipsychotic medications in schizophrenia and its clinical and research implications: 30 years later. *CNS Drugs*, 33(1), 1-8.
- Bergamini, A., Turrina, C., Bettini, F., Toccagni, A., Valsecchi, P., Sacchetti, E. et Vita, A. (2018). At-risk gambling in patients with severe mental illness: Prevalence and associated features. *J Behav Addict*, 7(2), 348-354.

- Best, M. W., Law, H., Pyle, M. et Morrison, A. P. (2020). Relationships between psychiatric symptoms, functioning and personal recovery in psychosis. *Schizophr Res*, 223, 112-118.
- Birchwood, M., Trower, P., Brunet, K., Gilbert, P., Iqbal, Z. et Jackson, C. (2007). Social anxiety and the shame of psychosis: a study in first episode psychosis. *Behav Res Ther*, 45(5), 1025-1037.
- Björkenstam, E., Pierce, M., Björkenstam, C., Dalman, C. et Kosidou, K. (2020). Attention Deficit/Hyperactivity Disorder and risk for non-affective psychotic disorder: The role of ADHD medication and comorbidity, and sibling comparison. *Schizophr Res*, 218, 124-130.
- Canadian ADHD Resource Alliance. (2018). *Canadian ADHD practice guidelines* (4^e éd.). <https://www.caddra.ca/canadian-adhd-practice-guidelines/>
- Chanen, A. M., Jovev, M., Djaja, D., McDougall, E., Yuen, H. P., Rawlings, D. et Jackson, H. J. (2008). Screening for borderline personality disorder in outpatient youth. *J Pers Disord*, 22(4), 353-364.
- Corbeil, O., Corbeil, S., Dorval, M., Carmichael, P. H., Giroux, I., Jacques, C., Demers, M. F. et Roy, M. A. (2021). Problem gambling associated with aripiprazole: A nested case-control study in a first-episode psychosis program. *CNS Drugs*, 35(4), 461-468.
- Corbeil, O., Corbeil, S., Giroux, I., Jacques, C., Dorval, M., Demers, M. F. et Roy, M. A. (2020). Problem gambling associated with aripiprazole in first-episode psychosis patients: A series of 6 case reports. *J Clin Psychopharmacol*, 40(2), 191-194.
- Correll, C. U., Galling, B., Pawar, A., Krivko, A., Bonetto, C., Ruggeri, M., Craig, T. J., Nordentoft, M., Srihari, V. H., Guloksuz, S., Hui, C. L. M., Chen, E. Y. H., Valencia, M., Juarez, F., Robinson, D. G., Schooler, N. R., Brunette, M. F., Mueser, K. T., Rosenheck, R. A., ... Kane, J. M. (2018). Comparison of early intervention services vs treatment as usual for early-phase psychosis: A systematic review, meta-analysis, and meta-regression. *JAMA Psychiatry*, 75(6), 555-565.
- Desai, R. A. et Potenza, M. N. (2009). A cross-sectional study of problem and pathological gambling in patients with schizophrenia/schizoaffective disorder. *J Clin Psychiatry*, 70(9), 1250-1257.
- Ferris, J. et Wynne, H. (2001). *The Canadian Problem Gambling Index: final report*. <https://www.greo.ca/Modules/EvidenceCentre/Details/canadian-problem-gambling-index-final-report>
- Francey, S. M., Jovev, M., Phassoulitis, C., Cotton, S. M. et Chanen, A. M. (2018). Does co-occurring borderline personality disorder influence acute phase treatment for first-episode psychosis? *Early Interv Psychiatry*, 12(6), 1166-1172.
- Glaser, J. P., Van Os, J., Thewissen, V. et Myin-Germeys, I. (2010). Psychotic reactivity in borderline personality disorder. *Acta Psychiatr Scand*, 121(2), 125-134.
- Gleeson, J. F. M., Chanen, A., Cotton, S. M., Pearce, T., Newman, B. et McCutcheon, L. (2012). Treating co-occurring first-episode psychosis and borderline personality: a pilot randomized controlled trial. *Early Interv Psychiatry*, 6(1), 21-29.
- Hall, J. (2017). Schizophrenia—an anxiety disorder? *Br J Psychiatry*, 211(5), 262-263.

- Haydock, M., Cowlshaw, S., Harvey, C. et Castle, D. (2015). Prevalence and correlates of problem gambling in people with psychotic disorders. *Compr Psychiatry*, 58, 122-129.
- Helfer, B., Samara, M. T., Huhn, M., Klupp, E., Leucht, C., Zhu, Y., Engel, R. R. et Leucht, S. (2016). Efficacy and safety of antidepressants added to antipsychotics for schizophrenia: A systematic review and meta-analysis. *Am J Psychiatry*, 173(9), 876-886.
- Herniman, S. E., Allott, K., Phillips, L. J., Wood, S. J., Uren, J., Mallawaarachchi, S. R. et Cotton, S. M. (2019). Depressive psychopathology in first-episode schizophrenia spectrum disorders: a systematic review, meta-analysis and meta-regression. *Psychol Med*, 49(15), 2463-2474.
- Johansson, A., Grant, J. E., Kim, S. W., Odlaug, B. L. et Gøtestam, K. G. (2009). Risk factors for problematic gambling: a critical literature review. *J Gambl Stud*, 25(1), 67-92.
- Jutla, A., Califano, A., Dishy, G., Hesson, H., Kennedy, L., Lundgren, B., Pia, T., Veenstra-VanderWeele, J., Brucato, G. et Girgis, R. R. (2020). Neurodevelopmental predictors of conversion to schizophrenia and other psychotic disorders in adolescence and young adulthood in clinical high risk individuals. *Schizophr Res*, 224, 170-172.
- Kingdon, D. G., Ashcroft, K., Bhandari, B., Gleeson, S., Warikoo, N., Symons, M., Taylor, L., Lucas, E., Mahendra, R., Ghosh, S., Mason, A., Badrakalimuthu, R., Hepworth, C., Read, J. et Mehta, R. (2010). Schizophrenia and borderline personality disorder: Similarities and differences in the experience of auditory hallucinations, paranoia, and childhood trauma. *J Nerv Ment Dis*, 198(6), 399-403.
- Luce, C., Nadeau, L. et Kairouz, S. (2016). Pathways and transitions of gamblers over two years. *Int Gambl Stud*, 16(3), 357-372.
- McGinty, J., Sayeed Haque, M. et Uptegrove, R. (2018). Depression during first episode psychosis and subsequent suicide risk: A systematic review and meta-analysis of longitudinal studies. *Schizophr Res*, 195, 58-66.
- McGinty, J. et Uptegrove, R. (2020). Depressive symptoms during first episode psychosis and functional outcome: A systematic review and meta-analysis. *Schizophr Res*, 218, 14-27.
- Meier, S. M., Petersen, L., Pedersen, M. G., Arendt, M. C., Nielsen, P. R., Mattheisen, M., Mors, O. et Mortensen, P. B. (2014). Obsessive-compulsive disorder as a risk factor for schizophrenia: a nationwide study. *JAMA Psychiatry*, 71(11), 1215-1221.
- Neal, P., Delfabbro, P. et O'Neil, M. (2005). *Problem gambling and harm: towards a national definition*. <https://www.gamblingresearch.org.au/publications/problem-gambling-and-harm-towards-national-definition>
- Nourredine, M., Gering, A., Fournier, P., Rolland, B., Falissard, B., Cucherat, M., Geoffray, M. M. et Jurek, L. (2021). Association of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder in childhood and adolescence with the risk of subsequent psychotic disorder: A systematic review and meta-analysis. *JAMA Psychiatry*, 78(5), 519-529.
- Petry, N. M., Blanco, C., Auriacombe, M., Borges, G., Bucholz, K., Crowley, T. J., Grant, B. F., Hasin, D. S. et O'Brien, C. (2014). An overview of and rationale for

- changes proposed for pathological gambling in DSM-5. *J Gambl Stud*, 30(2), 493-502.
- Roy, M. A., Achim, A. M., Vallières, C., Labbé, A., Mérette, C., Maziade, M., Demers, M. F. et Bouchard, R. H. (2015). Comorbidity between anxiety disorders and recent-onset psychotic disorders. *Schizophr Res*, 166(1-3), 353-354.
- Roy, M. A., Vallières, C., Lehoux, C., Leclerc, L. D., Demers, M. F. et Achim, A. M. (2018a). More intensive probing increases the detection of social anxiety disorders in schizophrenia. *Psychiatry Res*, 268, 358-360.
- Roy, M. A., Demers, M. F. et Achim, A. M. (2018b). Social anxiety disorder in schizophrenia: a neglected, yet potentially important comorbidity. *J Psychiatry Neurosci*, 43(4), 287-288.
- Safren, S. A., Otto, M. W., Sprich, S., Winett, C. L., Wilens, T. E. et Biederman, J. (2005). Cognitive-behavioral therapy for ADHD in medication-treated adults with continued symptoms. *Behav Res Ther*, 43(7), 831-842.
- Slotema, C. W., Daalman, K., Blom, J. D., Diederen, K. M., Hoek, H. W. et Sommer, I. E. C. (2012). Auditory verbal hallucinations in patients with borderline personality disorder are similar to those in schizophrenia. *Psychol Med*, 42(9), 1873-1878.
- Solmi, M., Fornaro, M., Toyoshima, K., Carvalho, A. F., Köhler, C. A., Veronese, N., Stubbs, B., de Bartolomeis, A. et Correll, C. U. (2019). Systematic review and exploratory meta-analysis of the efficacy, safety, and biological effects of psychostimulants and atomoxetine in patients with schizophrenia or schizoaffective disorder. *CNS Spectr*, 24(5), 479-495.
- Strålin, P. et Hetta, J. (2019). First episode psychosis and comorbid ADHD, autism and intellectual disability. *Eur Psychiatry*, 55, 18-22.
- Swets, M., Dekker, J., van Emmerik-van Oortmerssen, K., Smid, G. E., Smit, F., de Haan, L. et Schoevers, R. A. (2014). The obsessive compulsive spectrum in schizophrenia, a meta-analysis and meta-regression exploring prevalence rates. *Schizophr Res*, 152(2-3), 458-468.
- Tschoeke, S., Steinert, T., Flammer, E. et Uhlmann, C. (2014). Similarities and differences in borderline personality disorder and schizophrenia with voice hearing. *J Nerv Ment Dis*, 202(7), 544-549.
- van der Zwaard, R. et Polak, M. A. (2001). Pseudohallucinations: a pseudoconcept? A review of the validity of the concept, related to associate symptomatology. *Compr Psychiatry*, 42(1), 42-50.
- Van Putten, T. et Marder, S. R. (1987). Behavioral toxicity of antipsychotic drugs. *J Clin Psychiatry*, 48 Suppl, 13-19.
- van Rooijen, G., Vermeulen, J. M., Ruhe, H. G. et de Haan, L. (2019). Treating depressive episodes or symptoms in patients with schizophrenia. *CNS Spectr*, 24(2), 239-248.

Comment les services d'intervention précoce pour la psychose peuvent-ils mieux servir les migrants, les minorités ethniques et les populations autochtones?

Salomé M. Xavier^{a, b}

G. Eric Jarvis^{a, c, d}

Clairéline Ouellet-Plamondon^{e, g, h}

Geneviève Gagné^e

Amal Abdel-Baki^{e, f, g, h}

Srividya N. Iyer^{a, b, c, f}

RÉSUMÉ Objectifs Synthétiser les connaissances cliniques et épidémiologiques disponibles concernant les soins de santé mentale des populations migrantes, des minorités ethniques et des populations autochtones, dans le contexte de psychose débutante.

-
- a. Département de psychiatrie, Université McGill, Montréal.
 - b. Centre de recherche Douglas et Clinique PEPP-Montréal (Programme de prévention et d'intervention précoce pour la psychose), Montréal.
 - c. Division de psychiatrie sociale et transculturelle, Université McGill, Montréal.
 - d. Service de consultation culturelle et Unité de recherche en culture et santé mentale, Hôpital Général Juif, Montréal.
 - e. Clinique JAP (Jeunes adultes psychotiques), Département de Psychiatrie et d'addictologie, Centre Hospitalier de l'Université de Montréal, Montréal.
 - f. ACCESS Esprits ouverts, Montréal.
 - g. Département de Psychiatrie et d'addictologie, Centre Hospitalier de l'Université de Montréal, Montréal.
 - h. Centre de recherche du Centre Hospitalier de l'Université de Montréal, Montréal.

Méthodes Revue de littérature narrative portant sur la psychose débutante dans ces populations et les enjeux liés à la prestation de services d'intervention précoce.

Résultats Le statut de migrant est depuis longtemps considéré comme un facteur de risque important de psychose dans de nombreux contextes géographiques. Ce risque accru chez les migrants semble persister au-delà de la première génération et s'est avéré plus élevé dans toutes les populations migrantes, mais surtout pour les minorités ethniques noires et les individus migrant de pays en développement économique vers des pays développés. Des données récentes suggèrent que ce risque plus élevé est dû, du moins en partie, à l'exposition cumulative des migrants et des minorités à des adversités sociales, telles que la discrimination raciale, la marginalisation et le désavantage socioéconomique. Le racisme systémique affectant ces populations peut être source de biais diagnostique, accentuer les disparités de traitement et contribuer à la causalité de la psychose. Certains groupes de migrants et de minorités ethniques ont des délais d'accès aux soins plus longs, sont plus souvent hospitalisés involontairement, se désengagent prématurément et sont moins satisfaits du traitement. Tenir compte du contexte socioculturel est essentiel à la prestation de soins de qualité, en particulier dans une société diversifiée. En outre, la reconnaissance des relations de pouvoir qui découlent du contexte sociétal et qui façonnent les institutions et les modèles de soins est une étape clé vers la compétence et la sécurité structurelles dans les soins de santé mentale. Plusieurs stratégies ont été proposées pour rendre les services et systèmes de soins de santé mentale plus compétents sur le plan culturel et structurel : notamment le recours à des interprètes et à des médiateurs culturels, des évaluations adaptées et des services d'interventions culturelles spécialisées. Cependant, ces stratégies n'ont pas encore été adoptées à grande échelle dans le programme d'intervention précoce pour la psychose.

Conclusion Les services d'intervention précoce pour la psychose devraient intégrer des interventions inclusives, structurellement compétentes et éclairées par le contexte, afin de promouvoir l'engagement et des soins centrés sur la personne. Des efforts doivent être faits pour appliquer les connaissances de la psychiatrie sociale et culturelle et adapter ses outils au domaine de l'intervention précoce dans la psychose. Les considérations socioculturelles, jusqu'à présent appliquées de manière inconsistante dans la recherche sur la psychose et la conception des services au Québec, sont particulièrement pertinentes pour la province étant donné son contexte linguistique distinct, sa diversité culturelle croissante et son effort continu pour systématiser la prestation des services d'intervention précoce à large échelle.

MOTS CLÉS intervention précoce, premier épisode psychotique, immigrants, minorités ethniques, autochtones, psychiatrie transculturelle, compétence culturelle, sécurité culturelle, culture, psychose

How could Early Intervention Services for Psychosis better serve migrants, ethnic minorities and Indigenous populations?

ABSTRACT Objectives To synthesize the available epidemiological and clinical evidence relevant to the mental health care of migrant, ethnic minority and Indigenous populations in the context of early psychosis.

Methods This study provides a narrative review of the literature on psychosis in these populations, including issues related to the provision of early intervention services for psychosis.

Results Migrant status has long been reported as a significant risk factor for psychosis in many geographic contexts. This increased risk among migrants seems to persist beyond the first generation and has been found to be higher in all migrant populations, but especially for black ethnic minorities and individuals migrating from economically developing countries to developed ones. Recent evidence suggests that this higher risk is at least in part due to migrants' and minorities' cumulative exposure to social adversities, such as racial discrimination, marginalization and socio-economic disadvantage. Systemic racism affects migrant and minority populations by creating bias in diagnostic practices and aggravating treatment disparities in addition to contributing to causation of psychosis. Furthermore, migrant and ethnic minority groups are known to seek mental healthcare after longer delays, to be more frequently forcibly hospitalized, to disengage from treatment prematurely and to be less satisfied with their treatment. The consideration of social and cultural context and factors is essential to the provision of good healthcare, especially in a culturally diverse society. Furthermore, acknowledging power relationships that stem from the societal context and shape institutions and models of care is a key step towards structural competence and safety in mental healthcare. Several strategies have been proposed to make mental healthcare services and systems more culturally and structurally competent. These include the use of interpreters and cultural brokers, tailored assessments and specialised cultural interventions. However, these strategies have yet to be adopted broadly in early intervention for psychosis.

Conclusion Given its emphasis on meaningful engagement and person-centered care, early intervention should integrate inclusive, structurally competent and context-informed interventions as a priority. Efforts must be made to apply knowledge from and adapt the tools of social and cultural psychiatry to the field of early intervention in psychosis. Sociocultural considerations, hitherto inconsistently applied in psychosis research and service design in Quebec, are especially relevant to the province given its distinct linguistic context, its increasing cultural diversity, and its ongoing effort to systematize and expand the delivery of early intervention services.

KEYWORDS early intervention, first episode psychosis, migrants, ethnic minorities, Indigenous populations, social and cultural psychiatry, immigrants, cultural competence, cultural safety, culture, psychosis

Les services de santé mentale, dont les services d'intervention précoce pour la psychose (PPEP)¹, doivent répondre aux besoins d'une population très diversifiée. Un Canadien sur 5 est né à l'étranger, 2 enfants canadiens sur 5 sont nés à l'extérieur du pays ou ont un parent né à l'étranger (statistique Canada, 2016a,b) et environ 18 % des immigrants canadiens vivent au Québec (statistique Canada, 2016c). Les peuples autochtones constituent 3 % de la population canadienne et 11 % de ces populations habitent au Québec (statistique Canada, 2016c).

Pourquoi la culture est-elle pertinente ?

La culture, dont la définition a varié au cours de l'histoire (Eagleton, 2000), n'est pas une entité fixe, mais un système complexe et dynamique existant à la fois dans le monde extérieur et au sein de chaque personne. Elle englobe les pratiques, créations et connaissances humaines transmissibles et imprègne toute rencontre et expérience. Elle façonne tous les systèmes de signification, y compris la maladie et le traitement, et devient particulièrement saillante en temps de crise, lorsqu'elle est menacée et à travers l'expérience de l'altérité (Kirmayer, 2008). Elle influence les mécanismes intrinsèques, les manifestations, l'évolution (Chaze et coll., 2015), et plusieurs déterminants de la maladie, puisque les distinctions culturelles sont depuis longtemps liées aux disparités sociales. Ces distinctions découlent des concepts d'ethnicité, de race et des attributions morales associées qui existent et sont perpétuées par les dynamiques sociopolitiques du pouvoir (Kirmayer, 2012).

L'ethnicité est une catégorisation sociale qui peut également correspondre à une identification de groupe autoattribuée. Habituellement, les membres d'un groupe ethnique partagent une origine géographique commune ou un contexte culturel, religieux ou historique comprenant des éléments tels qu'une langue, des valeurs ou des pratiques communes (Banks, 1996). Les regroupements ethniques et leurs implications sont généralement (bien qu'à tort) attribués exclusivement aux minorités ethniques et aux groupes marginaux, même si les groupes majoritaires présentent leurs propres perspectives, ceux de la culture dominante, y incluant les connaissances scientifiques et la pratique médicale (Lock et Gordon, 1988). La race est une autre forme d'identi-

1. Pour une description détaillée sur la psychose et les PPEP dans le contexte canadien et international, nous référons le lecteur à l'article « Détection et intervention précoce pour la psychose : Pourquoi et comment ? » du présent numéro.

fication de groupe, principalement attribuée par autrui, sur la base de caractéristiques physiques superficielles. Bien que l'importance de ces caractéristiques raciales ait été discréditée (Gravlee, 2009), l'idée que la race est un concept strictement biologique (au lieu d'une construction sociale) continue d'influencer les dynamiques sociales de pouvoir, perpétuant les politiques de clivage, les conflits, le racisme manifeste et la violence (Fredrickson, 2002), avec de graves conséquences pour les communautés racialisées (Fernando, 2012).

Le contexte culturel québécois

Le modèle multiculturel de citoyenneté du Canada (Kymlicka, 1995) a été une réponse historique à la société de colonisation et à la diversité ethnoculturelle qui en a découlé. Historiquement, la lutte des Canadiens français pour conserver une identité en tant que groupe ethnoculturel fondateur a entraîné des conséquences sociopolitiques importantes (Bibeau, 1998). Les établissements de santé québécois fonctionnent en français, l'unique langue officielle du Québec, sauf les exceptions autorisées dans les régions à concentration anglophone importante. Depuis la Révolution tranquille (McRoberts, 1988), le Québec s'est aussi fermement positionné, ainsi que ses institutions publiques (hôpitaux, écoles, etc.), comme un état laïque. Des débats récurrents sur les limites des « accommodements raisonnables pour l'autre » (Bouchard, 2008), ont conduit à la commission Bouchard-Taylor nommée par le gouvernement qui soutient l'interculturalisme (plutôt que le multiculturalisme) comme cadre de référence pour le Québec. L'interculturalisme est « une politique ou un modèle qui prône des relations harmonieuses entre les cultures basées sur des échanges intensifs centrés sur un processus d'intégration qui ne cherche pas à éliminer les différences tout en favorisant le développement d'une identité commune ». L'adoption de la Loi sur la laïcité de l'État, en 2019, s'est accompagnée d'un débat sur l'équilibre entre la liberté individuelle de conscience et de religion et la nécessité pour l'État de projeter neutralité et laïcité. C'est dans ce contexte sociopolitique que les PPEP du Québec aspirent à offrir les meilleurs soins possibles et universellement accessibles à toute leur clientèle, y compris aux migrants, aux minorités ethniques et aux populations autochtones. Tenir compte de ce contexte et bien le comprendre est essentiel pour assurer une meilleure accessibilité des soins, sans quoi certains enjeux peuvent contribuer à décourager l'expression des identités ethnoculturelles ainsi que la conviction que cette diversité soit accueillie (Wong, 2011).

Cet article a pour but de rassembler des évidences théoriques et empiriques issues des domaines de la santé mentale publique, de la psychiatrie sociale et culturelle et des PPEP, afin d'informer et guider de façon pragmatique les cliniciens et la prestation de services de santé mentale aux populations migrantes et minorités ethniques souffrant de troubles psychotiques. Quoique nous regroupions les résultats concernant les migrants, les minorités ethniques et les populations autochtones, il existe une grande hétérogénéité entre les contextes historiques et culturels de ces groupes.

Méthodes

Cette revue narrative de la littérature synthétise les données concernant la prestation des services d'intervention précoce aux migrants, minorités ethniques et populations autochtones. Compte tenu du peu d'études publiées dans ce domaine, la recherche a été élargie pour inclure des études marquantes au niveau épidémiologique et des études cliniques et d'intervention chez les minorités ethniques. Les articles inclus ont été identifiés d'abord par le premier auteur, à l'aide de bases de données en ligne (MEDLINE, PsycInfo et Embase) en utilisant les mots clés suivants en anglais: «*early intervention services*», «*psychosis*», «*schizophrenia*», «*culture*», «**migrant**», «*ethnic minority/ies*», «*ethnicity*», «*Indigenous populations*», ainsi que dans les bibliographies des articles sélectionnés. Des études supplémentaires ont été incluses après consultation des autres auteurs ayant une expertise approfondie en psychiatrie sociale et culturelle et en intervention précoce pour la psychose. L'accent a été mis sur les études canadiennes et québécoises. Considérant leur contexte historico-politique et culturel uniques, les considérations relatives aux communautés autochtones sont abordées dans une section distincte.

Résultats

Contexte épidémiologique

Déterminants sociaux. Les privations sociomatérielles augmentent le risque de psychose (Anderson et coll., 2012), et les minorités ethniques sont habituellement plus démunies sociomatériellement au Québec (Boudarbat et Connolly, 2013; Lebihan et coll., 2018) et ailleurs (Allen et coll., 2014; Nielsen et Krasnik, 2010). Les migrants sont plus à risque de développer des troubles psychotiques non affectifs et affectifs, risque

persistant au-delà d'une génération (Morgan et coll., 2019), étant plus élevé pour les individus migrant avant l'âge de 18 ans (Anderson et coll., 2020), pour les minorités noires et pour les individus des pays en développement économique qui migrent vers les pays occidentaux (Selten et coll., 2020). Les variations considérables entre les populations migrantes et les pays d'accueil suggèrent que des phénomènes sociaux et politiques complexes sont impliqués.

Au Canada, des taux plus élevés de schizophrénie sont rapportés chez les migrants européens au début du 20^e siècle, par rapport à la majorité non migrante (Smith et coll., 2006). Récemment, une étude ontarienne rapporte des taux plus élevés de psychose chez les réfugiés d'Afrique de l'Est et d'Asie du Sud et pour les migrants de première génération originaires des Caraïbes et des Bermudes (Anderson et coll., 2015). Plusieurs études ont permis de rejeter les hypothèses liant les risques plus élevés à une cause génétique primaire ou à une migration sélective (Fearon et Morgan, 2006) et concluent qu'il est peu probable que les facteurs de risque neurodéveloppementaux dus à des complications périnatales ou la consommation plus élevée de cannabis (hypothèse non applicable pour plusieurs populations migrantes) soient des explications (Morgan et coll., 2019). Compte tenu du façonnement culturel des symptômes psychiatriques et des évidences documentant des tendances diagnostiques racialisées suivant des agendas historico-politiques (Fernando, 2010 ; Fernando, 2012 ; Metzl, 2009 ; Schwartz et coll., 2019), quoique les diagnostics erronés ne puissent constituer à eux seuls une explication suffisante (Heslin et coll., 2015), cette hypothèse ne peut être complètement écartée (Ademola et coll., 2012 ; Gara et coll., 2019 ; Jarvis, 2008 ; Zandi et coll., 2010).

Néanmoins, l'idée que l'exposition cumulative à l'adversité sociale contribue significativement aux taux plus élevés de troubles psychotiques observés dans certains groupes ethniques minoritaires fait consensus. En effet, certains sont exposés à de multiples expériences négatives, démontrées comme déterminants des maladies mentales (particulièrement des troubles psychotiques). Ces expériences peuvent survenir non seulement durant la trajectoire migratoire, mais s'étendre sur de longues périodes post-migration : séparation d'une figure d'attachement, discrimination, désavantages sociaux (pauvreté, chômage, faible niveau d'éducation, célibat, etc.), traumatisme intergénérationnel, exclusion sociale et éloignement/aliénation culturel et linguistique (Jongsma et coll., 2020 ; Morgan et coll., 2007 ; Pearce et coll., 2019 ; Reininghaus et coll., 2010 ; Tarricone et coll. 2021). Des facteurs sociaux

liés au groupe d'appartenance influencent l'exposition aux facteurs de risque au niveau individuel, en agissant au niveau micro (famille, quartier) et macro (société globale). En effet, des études sur le capital social et la densité populationnelle d'un groupe ethnique ont montré que l'appartenance à des groupes sociaux et culturels, soutenant surtout dans un contexte d'identification positive au groupe, peuvent atténuer les effets de la discrimination et des désavantages sociaux (Baker et coll., 2020 ; Bécares, 2018 ; Veling et coll., 2010).

Accès aux services, engagement dans les PPEP et évolution. Les déterminants sociaux influencent également l'accès, l'engagement dans les services et l'évolution des migrants et minorités ethniques. Certaines études rapportent une évolution plus négative, d'autres n'ont pas trouvé de différences significatives alors que certaines ont observé une meilleure évolution clinique et fonctionnelle chez les migrants avec une psychose débutante (Abdel-Baki et coll., 2018 ; Golay et coll., 2019 ; Maguire et coll., 2020). Les parcours d'accès aux soins sont plus complexes pour les migrants et les minorités ethniques tant au Canada qu'ailleurs dans le monde (Maraj et coll., 2018b ; Rotenberg et coll., 2017). La navigation difficile dans le système de santé, nécessite souvent que les familles défendent le droit aux services pour leurs jeunes, ce qui peut être difficile pour les familles de groupes minoritaires (Macdonald et coll., 2020). Les jeunes peuvent se sentir isolés et avoir du mal à trouver des soins adéquats, surtout s'ils ont un soutien social limité. Notamment, les étudiants internationaux, un sous-groupe en croissance (statistique Canada, 2020), font face à des défis supplémentaires (p. ex. assurance santé limitée, craintes pour leur visa) (Lee et coll., 2016). Quoique les expériences diffèrent selon les sous-groupes, les minorités ethniques recourent aux services de santé mentale plus tard dans l'évolution de la maladie et moins fréquemment que la population majoritaire ; sont plus susceptibles d'accéder aux services par les urgences ou dans le contexte d'interventions policières et sont plus fréquemment hospitalisées contre leur gré (Anderson et coll., 2015 ; Jarvis et coll., 2005). Une plus grande proportion d'entre eux se désengage du traitement, possiblement en lien avec un manque d'information, la difficulté à se repérer dans les services, des expériences antérieures négatives avec le système de santé, l'inadéquation des soins, la stigmatisation et le fait que le traitement ne correspond pas aux préférences du patient (Ouellet-Plamondon et coll., 2015 ; Whitley et coll., 2006 ; Thomson et coll., 2015). Les raisons pour se désengager des migrants

et des minorités visibles varient, étant souvent différentes de celles des non-migrants (Maraj et coll., 2018a). Notamment, les enjeux autour de la langue et les limitations associées de services pour les allophones et les anglophones au Québec (Landry, 2014) sont reconnus pour influencer la satisfaction et l'engagement dans les PPEP (Maraj et coll., soumis). Ces données suggèrent que les institutions canadiennes ne parviennent pas encore à fournir les meilleurs soins de santé mentale possible à ces populations, de sorte à ne pas reproduire au sein même du système de santé les inégalités et exclusions sociales qui augmentent leur risque de psychose et de mauvaise évolution.

Approche clinique visant les populations culturellement diversifiées

Qu'implique la culture dans la pratique de la santé mentale ? La psychiatrie et les prestataires de services ont leur propre culture, et différentes notions de santé et de bien-être existent et doivent être respectées (Katz et Alegria, 2009). En outre, les pratiques acceptées reflètent les valeurs et les préférences des groupes dominants, et leur adoption sans discussion peut exclure les individus appartenant à des minorités. Ignorer ces aspects ou attribuer « la culture » uniquement au patient risque de reproduire les dynamiques de préjugés et de marginalisation (Burgess et coll., 2004). Inversement, la reconnaissance des différences, des incertitudes et des limites de la capacité d'empathie crée un espace de communication et négociation (Kirmayer, 2008). Cette démarche est essentielle pour instaurer confiance et sécurité, et pour développer une relation thérapeutique.

Les rôles des soignants (médecins et autres cliniciens) et les modes relationnels avec les patients diffèrent selon les cultures (Kirmayer, 2012). Ces différentes notions de soignant et de guérison influencent la manière dont la proximité, la divulgation, la confidentialité, l'implication de la famille, le partage des connaissances et du pouvoir sont compris et appliqués (Savin et Martinez, 2006). En outre, un patient ne peut être entièrement compris sans tenir compte de son contexte, qui comprend des éléments locaux (familles, quartiers), spécifiques à un groupe (p. ex. religieux) et macrosociaux qui influencent la santé, les récits de maladie, les stratégies d'adaptation et l'utilisation des ressources communautaires et sanitaires (Kirmayer, 2005).

Les façons d'exprimer la détresse sont façonnées par la culture (Kirmayer et Young, 1998; Kleinman et coll., 1997), posant d'importants défis aux cliniciens, qui tentent de faire « entrer » les récits de maladie dans des catégories diagnostiques d'une classification

psychiatrique reflétant les concepts culturels occidentaux de la normativité. Conclure à un diagnostic en l'absence de connaissances sur les normes et croyances d'un patient peut même être préjudiciable (Kleinman, 1987). Dans la psychose, les aspects phénoménologiques qui soutiennent ou permettent de préciser les diagnostics, tels que la pauvreté du discours, la pensée désorganisée, l'affect inapproprié, non congruent ou émoussé, les croyances en marge de la normativité culturelle ou bizarres, sont difficiles à interpréter lorsqu'il existe des barrières culturelles et linguistiques.

Les cliniciens ont tendance à surdiagnostiquer la psychose la confondant avec le trouble de stress post-traumatique, qui comme les troubles affectifs pourraient être sous-diagnostiqués chez les minorités ethniques (Adeponle et coll., 2012; Zandi et coll., 2016). Par ailleurs, les récits de traumatismes sont omniprésents chez les patients issus de minorités ethniques, chez lesquels les multiples désavantages sociaux s'entrecroisent, et peuvent influencer la psychose de manière directe et indirecte (Rosen et coll., 2017). Des expériences hallucinatoires peuvent se produire chez les personnes ayant subi un traumatisme (indépendamment du diagnostic de trouble psychotique), et les symptômes du trouble de stress posttraumatique peuvent coexister avec des symptômes psychotiques (Stevens et coll., 2017). Quoiqu'un diagnostic de psychose ne doit pas être écarté à priori chez les populations migrantes, il faut veiller à comprendre les symptômes psychotiques dans le contexte des récits personnels et collectifs de traumatismes présents et passés. Il convient de noter en particulier les similitudes entre les expériences liées à la migration et à l'installation dans le pays d'accueil et l'expérience de la psychose. Par exemple, les croyances persécutrices, les idées de référence et les sentiments d'étrangeté et d'aliénation associés à la psychose pourraient avoir une qualité assez similaire aux sentiments de marginalisation et d'altérité que les groupes minoritaires sont susceptibles d'éprouver (Veling et coll., 2016). Inversement, les pertes de repères sont couramment décrites par les patients pendant et après un épisode psychotique (Myers, 2019).

Les études sur les différences de symptomatologie psychotique entre les groupes ethniques sont difficiles à interpréter ou à généraliser vu leurs contextes spécifiques (Maraj et coll., 2017; Morgan et coll., 2017; van der Ven et coll., 2012; Veling et coll., 2007) et faiblesses méthodologiques (p. ex. individus aux origines diverses regroupés en grandes catégories ethniques, entraînant l'occultation de différences importantes entre les groupes minoritaires).

L'évolution de la maladie et les aspects subjectifs du rétablissement varient d'un groupe à l'autre (Whitley et Drake, 2010) et peuvent être particulièrement importants lorsqu'on compare des personnes issues de milieux culturels et sociaux différents. Les aspects culturels, entre autres, déterminent les préférences de traitement et les priorités générales de la vie, influençant ainsi la planification de l'avenir et la manière dont les personnes intègrent la maladie dans leur récit de vie. Par exemple, dans l'étude de Whitley (2006), les aspects liés à Dieu et à la religion ont été des facilitateurs de rétablissement cruciaux pour les participants canadiens d'origine antillaise, contrairement aux participants canadiens d'origine européenne.

Que peut-on faire pour améliorer les soins? Les modèles d'adaptation culturelle des services et des interventions vont du jumelage ethnique (Weinfeld, 1999) aux approches centrées sur la personne (Kleinman et coll. 1988a,b). Le jumelage ethnique ou des adaptations culturelles spécifiques pourraient être adéquats dans certaines circonstances (Cabral et Smith, 2011; Griner et Smith, 2006) et des lignes directrices générales pour les interventions culturellement adaptées ont été publiées (Balaratnasingam et coll., 2015). Ces procédures appliquent des méthodes de recherche participative, impliquant de multiples parties prenantes pour développer des interventions pertinentes localement. Notamment, des adaptations culturelles spécifiques d'interventions psychosociales se sont avérées efficaces pour réduire la sévérité des symptômes de patients atteints de schizophrénie (Degan et coll., 2018).

Plusieurs instruments ont été créés pour des populations culturellement diverses dans des contextes variés, notamment l'opérationnalisation du *Guide de Formulation culturelle* (OCF) (American Psychiatric Association [APA], 2000), avec la création de *L'Entretien de formulation culturelle* (CFI) (APA, 2013; tableau 1). Toutefois, les obstacles identifiés à une utilisation plus large du CFI comprennent les contraintes de temps, le manque de moyens (p. ex. la disponibilité des interprètes) et les difficultés à réaliser des entretiens approfondis avec des patients gravement malades (Aggarwal et coll., 2020; Jarvis et coll., 2020b).

La compétence culturelle, la sécurité culturelle et l'humilité culturelle ont été proposées comme approches générales pour améliorer la prestation de services aux minorités ethniques. La compétence culturelle concerne les attitudes, les compétences et les connaissances qui permettent aux prestataires de services et aux institutions de servir

efficacement les communautés ayant des origines culturelles différentes (Sue, 2006). L'humilité culturelle met l'accent sur la connaissance de soi et l'autocritique (plutôt que sur des connaissances culturelles spécifiques), en accordant une attention particulière aux déséquilibres implicites de pouvoir qui découlent de la relation patient-clinicien, impliquant d'éviter les approches paternalistes. L'humilité culturelle inclut aussi le désir de développer des partenariats avec des personnes et des groupes qui défendent les intérêts de l'autre (Tervalon et Murray-Garcia, 1998). La sécurité culturelle (Williams, 1999) se concentre sur les disparités de pouvoir qui imprègnent les institutions et les soins cliniques afin de promouvoir des espaces sécuritaires favorisant les soins collaboratifs. Développée à l'origine pour les communautés autochtones, l'approche de sécurité culturelle considère les histoires de colonialisme, d'oppression et de traumatisme et crée des espaces sécuritaires où ces sujets peuvent être dénoncés et reconnus (Brascoupé et Waters, 2009; Koptie, 2009). Tous ces concepts se rapportent non seulement aux relations patient-clinicien, mais aussi au niveau institutionnel (Metzl et Hansen, 2014). Un certain élan de changement actuel espère modifier les établissements de santé au niveau structurel afin de s'attaquer aux inégalités et à la dynamique d'oppression structurelle qui y existe (Kirmayer et coll., 2018). Les recommandations portent sur la responsabilisation de chaque membre de l'institution de santé en tant qu'acteur du changement structurel, et sur l'octroi aux parties prenantes ou aux partenaires communautaires d'un statut décisionnel qui reflète la diversité des populations desservies par l'institution. Les stratégies pour les cliniciens vont de l'acquisition d'une formation aux pratiques anti-oppressives à la défense des droits des patients individuels, en passant par une collaboration plus étroite avec les communautés minoritaires et la promotion du changement de politiques (Corneau et Stergiopoulos, 2012). En outre, les programmes de formation des cliniciens doivent intégrer des connaissances sur les déterminants sociaux de la santé et leur prise en compte dans le diagnostic et la planification du traitement (Hansen et coll., 2018).

Le *Cultural Consultation Service* [service de consultation culturelle] (CCS), développé à Montréal, a été adapté pour être utilisé à l'échelle internationale (Kirmayer et coll., 2003; Jarvis et coll., 2020b,c). S'inspirant des domaines de l'OCF qu'il adapte aux cas individuels et aux familles, le CCS fournit sur demande de consultation d'expert, une évaluation approfondie des immigrants et des réfugiés, basée sur une approche centrée sur la personne, guidée par les principes de sécurité

et d'humilité culturelles. Ces consultations impliquent souvent les cliniciens en charge des soins du patient, des membres de la communauté culturelle, les familles, des interprètes et des médiateurs culturels. L'apport des interprètes est crucial lorsqu'il existe d'importantes barrières linguistiques. Les interprètes doivent idéalement connaître le contexte des soins de santé mentale afin de pouvoir traduire fidèlement le discours des patients et des familles et ne pas masquer l'expression linguistique de la psychopathologie. Les médiateurs culturels peuvent fournir des conseils ou des éclaircissements sur les aspects culturels qui peuvent aider les cliniciens à mieux comprendre les patients et la situation. Ce rôle peut être joué par les interprètes eux-mêmes ou par des cliniciens qui connaissent intimement la culture d'origine du patient (Miklavcic et LeBlanc, 2014). L'inclusion d'interprètes et de médiateurs culturels dans les consultations doit être clarifiée au préalable avec les patients et familles, car des questions de honte, de stigmatisation et de craintes autour de la confidentialité peuvent se poser (Kirmayer et coll., 2013).

L'inclusion de membres de la famille, de parties prenantes importantes et de guérisseurs des communautés locales peut contribuer à favoriser l'alliance et la compréhension partagée de concepts distincts de la maladie et du traitement (Jarvis et coll., 2020a; Pope et coll., 2019). La collaboration étroite avec les familles dans les PPEP fait partie des composantes essentielles pour favoriser l'engagement, prévenir les rechutes et optimiser l'évolution du patient (Claxton et coll., 2017; Malla et coll., 2020; Iyer et coll., 2020). En outre, les familles apprécient les soins adaptés à leur culture (MacDonald et coll., 2020). Dans le contexte interculturel, le clinicien doit être conscient que les structures familiales peuvent être parfois très différentes des siennes et que des valeurs culturelles et des perceptions de la maladie distinctes peuvent exister au sein d'une même famille (Alegria et coll., 2010). Permettre l'émergence de différents discours autour de la psychose (signification, processus, causes, conséquences) est crucial pour établir un partenariat avec les familles. Également, les jeunes patients issus de l'immigration personnelle ou familiale peuvent se retrouver entre deux ou plusieurs cultures, essayant de donner un sens à une expérience psychotique à travers de multiples sources de signification. Déduire qu'un jeune adhère aux valeurs et modèles explicatifs traditionnels de son pays d'origine, sans l'avoir vérifié auprès de lui, peut constituer une forme de préjugé et lui donner l'impression d'être catégorisé. Inversement, déduire qu'il adhère aux valeurs de la société d'accueil peut aussi

le faire se sentir incompris. Les cliniciens doivent être attentifs aux processus de développement de l'identité chez les jeunes, ainsi qu'aux possibles sentiments de conflit de loyauté dans un déchirement identitaire entre la culture d'origine et celle d'accueil. Ces complexités peuvent constituer des défis aux soins des patients, mais sont aussi de possibles sources de résilience et de récupération (Rousseau, 2005).

Populations autochtones

Les populations autochtones portent un lourd fardeau social et sanitaire (Anderson et coll., 2016), enraciné dans un long héritage de traumatismes, d'expropriation et de persécution, débutant avec la colonisation et s'étant perpétué à travers l'assimilation culturelle forcée, notamment via les pensionnats (Hartmann et coll., 2016). La notion de bien-être des peuples autochtones englobe les aspects spirituels, mentaux et émotionnels, le tout encadré par un système éco-social englobant l'individu, la communauté, la terre et les animaux (Adelson, 2005; Kirmayer et coll., 2009). La perte du lien avec la terre et la déconnexion mentale et spirituelle qui en découlent sont des expériences particulièrement traumatisantes pour certains. Plusieurs autochtones partagent des difficultés sociales avec les migrants, notamment la déprivation sociomatérielle, la marginalisation et les expériences de discrimination au long cours (King et coll., 2009). La recherche sur la santé mentale des populations autochtones s'est concentrée sur la toxicomanie, les conséquences psychologiques des traumatismes historiques et le suicide (Nelson et Wilson, 2017) qui a été associé à un changement culturel rapide et au déplacement des communautés autochtones. (Harlow et coll., 2014). Les rares études sur le sujet, suggèrent un risque plus élevé de psychose et des taux plus élevés de traitement coercitif (Demarchi et coll., 2012; Gynther et coll., 2019; Hunter et coll., 2011; Tapsell et coll., 2019).

La prestation de soins de santé mentale aux populations autochtones fait face à de multiples défis, allant de l'éloignement géographique de certaines communautés (Judd et coll., 2002) à la remise en question de la validité des instruments cliniques couramment utilisés (McCarthy, 2001). En outre, considérant l'héritage colonial, une emphase sur le modèle biomédical risque de reproduire des modèles de domination, de paternalisme et de préjugés, ainsi que de négliger les pratiques de santé autochtones (McCallum, 2005). Les déplacements, la séparation et l'éloignement de la famille ou la communauté lors d'une

hospitalisation peuvent être traumatiques, rappelant des expériences intergénérationnelles oppressives passées.

Le maintien et la réincorporation des pratiques de guérison autochtones constituent une forme de revitalisation culturelle, de décolonisation et de restitution du contrôle (McCormick, 2008). Les interventions devraient se concentrer sur les nombreuses sources de résilience des autochtones, tout en reconnaissant les contextes sociopolitiques passés et présents (Gone et Kirmayer, 2020). Les dynamiques de pouvoir que la rencontre clinique peut reproduire doivent être abordées activement afin de créer un espace sécuritaire pour le travail thérapeutique (Koptie, 2009). Un programme de formation sur les connaissances de base concernant les expériences des patients autochtones a été créé par l'Association des médecins autochtones du Canada (2009), dans le but de susciter la réflexion des professionnels de la santé sur leurs propres préjugés et de suggérer des moyens de développer des interventions sensibles à la culture. La Commission de la santé mentale du Canada (2012) a aussi formulé des recommandations pour améliorer la santé mentale des autochtones.

Discussion

La culture et le contexte social façonnent l'expérience humaine, y compris le vécu de maladie. Par conséquent, la prise en charge des personnes servies par les PPEP devrait, avant tout, prendre en compte ces aspects (Alegria et coll., 2010). Les fondations théoriques et scientifiques qui justifient l'adaptation de services aux populations culturellement diversifiées dans ce cadre sont nombreuses, tel que nous l'avons décrit dans cet article. Cependant, l'incorporation des aspects socioculturels dans l'organisation des PPEP n'en est encore qu'à ses débuts au niveau international (Jones et coll., 2021 ; OnTrackNY, 2018 ; Orygen, 2016a,b). Toutefois, ni la planification stratégique de l'intervention précoce de l'Association canadienne pour la santé mentale (Ehmann et coll., 2004), ni la première édition du cadre de référence pour les PPEP (ministère de la Santé et des Services sociaux, 2017) n'intègrent d'informations sur comment tenir compte de l'importance du contexte culturel des patients, des besoins spécifiques des minorités ethniques et des adaptations requises en terme organisationnel ou d'approche de soins. Par conséquent, les cliniciens et gestionnaires des PPEP peuvent avoir du mal à identifier les stratégies et les ressources favorisant l'engagement des jeunes de minorités ethniques dans les soins proposés.

Au-delà du contexte de la psychiatrie, de l'intervention précoce pour la psychose et du Québec, plusieurs instruments et stratégies cliniques ont été adaptés pour le travail clinique auprès des populations culturellement diverses. Par exemple, des adaptations de la CCS ont été développées au Royaume-Uni (Bhui et coll., 2015), en France (Larchanché, 2015), Suède (Bäärnhielm, Wistedt et Rosso, 2015) et Espagne (Qureshi et coll., 2008). Nagy et coll. (2019) ont développé un service de consultation multiculturelle par les pairs pour les professionnels de santé aux États-Unis. Des instruments alternatifs aux adaptations de l'OCF et du CFI ont aussi été créés, comme le Brief Cultural Interview [Entretien culturel bref] (Groen, et coll., 2017) des Pays-Bas et le modèle d'évaluation multiculturelle, préconisé par certains psychologues (Edwards et coll., 2017). Rousseau et coll. (2020) ont proposé des séminaires interdisciplinaires de discussion de cas cliniques comme alternative à l'utilisation du CFI, spécialement dans le cadre de la psychiatrie de l'enfance. Finalement, d'autres chercheurs et cliniciens ont adapté des instruments d'évaluation et des programmes ciblant des populations spécifiques (Balaratnasingam et coll., 2015; Edge et coll., 2016; Zandi et coll., 2008). Ces exemples, malgré qu'ils ne soient pas spécifiques à l'intervention précoce pour la psychose, comprennent des principes qui pourraient être généralisés dans ce contexte. Des études sont nécessaires pour comprendre comment ces outils culturellement sensibles peuvent être utilisés et adaptés pour le domaine de l'intervention précoce pour la psychose.

Au Canada (et au Québec en particulier), une société de colonisation accueillant de nombreux groupes ethniques différents, des modèles de soins flexibles pourraient être plus appropriés que l'adaptation culturelle, bien que des modèles hybrides puissent coexister (Kirmayer et coll., 2013). Des instruments tels que le CFI pourraient ainsi être utilisés et adaptés au contexte de l'intervention précoce. L'adaptation culturelle des interventions, y compris des séances d'éducation psychologique familiale et celle pour les jeunes patients, devrait de surcroît être envisagée. L'implication des familles et de représentants de la communauté du jeune dans la planification du traitement sont de plus à privilégier tout comme l'inclusion de représentants des diverses communautés présentes dans le territoire couvert par le PPEP dans les décisions concernant la conception et la planification des services (Jarvis et coll., 2020a).

Surtout, chaque patient aura toujours des besoins distincts. Les demandeurs d'asile confrontés à des problèmes de citoyenneté et à

des événements traumatiques récents pourraient bénéficier davantage d'une aide efficace pour leurs démarches sociales que de l'affectation à un thérapeute de culture ou de langue similaire. Une évaluation minutieuse des traumatismes prémigratoires, permigratoires et postmigratoires devrait aussi devenir un incontournable. De même, pour les personnes confrontées au racisme et à une discrimination manifeste, un environnement thérapeutique culturellement sécuritaire peut avoir une importance cruciale dans la création de l'alliance thérapeutique. De même, les principes d'humilité, de respect, de curiosité et de sensibilité face à la culture de l'autre devraient imprégner l'approche clinique (Kirmayer, 2012).

Considérant le contexte sociopolitique actuel où la population dénonce les iniquités dans le système de santé envers les minorités culturelles au Québec, il est d'autant plus pertinent que les PPEP et leurs cliniciens soient outillés pour être en mesure de défendre les intérêts et les droits de leurs patients, de s'intéresser aux questions de culture, d'équité, de diversité et d'inclusion, et d'avoir les ressources, le soutien administratif et le temps nécessaires (p. ex. afin d'identifier et impliquer des interprètes et des médiateurs culturels) pour offrir des soins adaptés. Il est important de s'assurer que la « protocolisation » actuelle des soins dans les PPEP tienne compte des aspects décrits dans cet article, et s'assure que l'importance accordée à la gestion des risques et à l'observance au traitement pharmacologique ne compromette pas la prestation de soins culturellement compétents et sécuritaires. Sans attention particulière, cela pourrait mettre en péril l'ouverture, l'humilité culturelle, la flexibilité et la confiance requises (Stasilius et coll., 2020).

Les tableaux 2, 3 et 4 énumèrent les recommandations clés pour les PPEP. Le tableau 5 présente des vignettes illustrant certains concepts mis en évidence dans cet article.

Conclusion

L'abondance de données sur les déterminants sociaux et les avantages des approches sensibles à la culture ne se sont pas encore traduits par des changements suffisants au niveau des pratiques ni leur intégration au niveau des politiques. En effet, les sujets de la diversité culturelle et du contexte social doivent être intégrés au cadre de référence pour les PPEP du Québec et ailleurs dans le monde. Le développement et l'adoption d'évaluations et d'approches culturellement sensibles sont

cruciaux pour atteindre l’objectif d’une intervention précoce pour la psychose centrée sur la personne et orientée vers le rétablissement (Jones et coll., 2021). Parmi ces approches figurent l’évaluation et la prise en compte des déterminants sociaux de la psychose, des spécificités et des préférences culturelles, et l’accent mis sur les forces des individus et des communautés plutôt que sur leurs vulnérabilités. La psychose n’est pas seulement une affection génétique ou neurologique; ses nombreuses manifestations sont ancrées dans la culture et le contexte sociopolitique. Un traitement réussi doit négocier avec les patients, les familles et les communautés ce qui est primordial pour eux et comment le patient s’intègre dans cet espace, afin de maintenir l’espoir et de trouver un sens à l’expérience vécue.

TABLEAU 1
Le guide de formulation culturelle (*Outline Cultural Formulation [OCF]*)
du DSM-IV

Premier domaine : Identité culturelle
Exploration des identités culturelles du patient, ainsi que les enjeux identitaires liés au genre, rôles familiaux et professionnels, langues parlées et les positionnements de l’individu face à sa culture d’origine et la culture du pays d’accueil.
Deuxième domaine : Modèles explicatifs de la maladie
Exploration la compréhension ou les explications qu’ont les patients et leur famille de la maladie, ses origines, ses implications et ses significations. Le « problème » peut être nommé par le patient et sa famille, en ouvrant la possibilité de chercher un sens à la maladie, et d’évaluer toutes les alternatives thérapeutiques. Ce domaine est basé sur les questions à propos des modèles explicatifs de Kleinman (1998), qui incluent les causes, l’évolution attendue, le mécanisme ou le processus de la maladie et le traitement souhaitable de la maladie.
Troisième domaine : Facteurs liés à l’environnement psychosocial
Exploration du fonctionnement dans différentes sphères de sa vie familiale, professionnelle et culturelle, ainsi que le cadre politique et social dans lequel l’individu et ses proches se retrouvent au présent, ainsi qu’au cours de toute sa vie, au pays d’origine et au pays d’accueil.
Quatrième domaine : La relation patient-clinicien
Exploration et remise en question des relations de pouvoir découlant des rôles institutionnels du patient/clinicien et de leurs statuts social et culturel.

TABEAU 2

Recommandations pour les PPEP

Recommandations générales

- Les soins doivent être centrés sur la personne en tant qu'individu à part entière, y compris l'évaluation du contexte social et culturel des patients.
- Les services doivent être attentifs à la sécurité culturelle pour les individus issus de minorités culturelles.
- Des ressources financières et du soutien administratif devraient être alloués pour garantir et faciliter l'accès rapide à des interprètes et médiateurs culturels chaque fois que cela est nécessaire.
- S'assurer d'établir des partenariats ou minimalement de faire la liaison ou accompagner le patient vers les ressources communautaires appropriées, par exemple : des ressources liées à diverses communautés culturelles ; des organismes venant en aide aux réfugiés (p. ex. Praid).
- Une formation de base sur les approches sensibles à la culture et les soins tenant compte des traumatismes doit être offerte aux cliniciens ainsi que du mentorat et de la formation continue.
- Développer la capacité de travailler avec des médiateurs culturels et interprètes.
- Dans les régions à forte concentration de minorités culturelles, lorsque possible, l'intégration d'un clinicien familier avec la culture et parlant couramment la langue de la population minoritaire est un atout.
- Quoique tous les cliniciens devraient recevoir une formation de base, les PPEP peuvent se doter d'un spécialiste formé aux soins/interventions culturellement sensibles et appropriés afin d'agir comme personne-ressource.
- Intégrer les diverses parties prenantes de la communauté dans la planification des services.
- Adapter les activités psychoéducatives pour les populations multiculturelles et y intégrer les aspects des déterminants sociaux connus de la santé.
- Promouvoir l'inclusion des lignes directrices sur les approches de travail auprès de la clientèle culturellement diversifiée dans les PPEP au niveau provincial.
- Promouvoir et faciliter l'utilisation d'outils tels le CFI et ses modules complémentaires qui peuvent constituer de bons outils pour évaluer la culture des patients et de leur famille.
- Envisager une consultation auprès de services spécialisés, comme le CCS ou la Clinique transculturelle de l'Hôpital Jean Talon, pour les cas cliniques où des enjeux liés au diagnostic ou au traitement représentent un défi pour l'équipe clinique en lien avec la langue, la culture ou la religion du patient, et entravent le cheminement et la progression de la situation du patient.

Recommandations pour mieux servir les jeunes autochtones

- Être attentifs à la sécurité culturelle
- Avoir accès à des services d'interprètes
- S'assurer de faire la liaison avec les ressources communautaires appropriées (p. ex. les centres d'amitié autochtone qu'on retrouve à travers la province <https://www.rcaa.qc.ca/info/qui-sommes-nous/>)
- Faciliter la continuité des soins pour ceux qui peuvent retourner dans leur communauté après avoir été hospitalisés en centre urbain.

TABEAU 3
Points clés de pratique pour les cliniciens travaillant dans les PPEP

Connaissances - Savoir que certaines questions peuvent susciter des souvenirs traumatisants. Être prêt à aborder ces questions avec tact et à fournir des soins tenant compte des traumatismes. - Être informé sur les sources de soutien social supplémentaire, des organisations communautaires et des ressources disponibles pour les minorités ethniques. Consulter et/ou faciliter l'accès des patients à ces services, le cas échéant. - Être informé sur les étapes et les démarches d'immigration et de demande d'asile et les droits associés aux différents statuts, afin d'être plus en mesure de soutenir/accompagner le patient dans ses démarches. Savoir quels sont les organismes régionaux qui peuvent aider. Ces démarches peuvent être particulièrement longues, générer beaucoup de stress, et demandent une bonne capacité d'organisation et une maîtrise de la langue que certains jeunes n'ont pas. - Ne pas avoir peur de discuter de religion/spiritualité avec les patients et leur famille. Savoir qu'il existe divers récits et modèles explicatifs sur les causes des maladies, les traitements et les stratégies d'adaptation. Attitudes - Pratiquer l'autoexamen réfléchi et la conscience critique (D'où est-ce que je viens ? Où est-ce que je me situe professionnellement, moralement, socialement et politiquement ?). - Être conscient de ses propres préjugés et faire attention aux stéréotypes. - Cultiver l'humilité culturelle en reconnaissant les limites de la connaissance de la culture du patient et de son expérience subjective de la maladie. - S'attendre à (et accepter) l'incertitude dans la pratique clinique (notamment par rapport aux diagnostic et démarches thérapeutiques). - Être honnête et respectueux. Dévoiler ses propres opinions professionnelles et informer le patient et sa famille tout au long de la consultation, sans les imposer. - Être curieux de l'identité culturelle, la religion, les idéologies, les croyances, les valeurs et les perceptions de la maladie (causes, déclencheurs, moment et apparition, gravité, conséquences) et les modes de traitement connus/préférés des patients. - Être flexible et ouvert à la négociation. Être curieux de savoir ce que les patients et leur famille pensent être utile, surtout si leurs idées diffèrent des soins psychiatriques « standard ». Une authentique ouverture du thérapeute peut permettre de trouver un modèle explicatif de la maladie et/ou un plan d'intervention hybride, intégrant à la fois des composantes traditionnelles de la culture du patient et des composantes des modèles biomédical ou biopsychosocial occidentaux. Compétences et pratiques - Réfléchir à l'avantage de faire appel à un interprète ou à un médiateur culturel. - Prévoir un temps de consultation supplémentaire (surtout si vous travaillez avec des interprètes). - Assurer la confidentialité. Certains patients issus de petites communautés ethnoculturelles peuvent être mal à l'aise avec les interprètes, mais beaucoup seront reconnaissants d'avoir la possibilité de s'exprimer dans leur langue maternelle. Selon la préférence du patient, ceci peut se faire pour l'entrevue complète ou une partie de l'entrevue. - Utiliser des outils tels le : CFI pour guider votre évaluation. - Identifier et répondre aux besoins sociaux (logement, couverture santé, revenu, problèmes judiciaires, statut d'immigration, etc.) - Se renseigner sur les difficultés sociales spécifiques qui affectent le patient et sa famille. - Reconnaître et réfléchir aux aspects historiques, sociaux et politiques sous-jacents particuliers de chaque consultation. - Poser des questions ouvertes et ne pas faire d'hypothèses généralisées. - Envisager des alternatives au diagnostic de psychose. Être attentif aux différentes manières d'exprimer la souffrance psychologique. N'oublier pas que les troubles de l'humeur et

- le TSPT sont sous-diagnostiqués chez les patients de groupes ethniques minoritaires présentant des troubles psychotiques présumés. Se renseigner sur son processus et sa trajectoire de migration, la situation politique actuelle dans son pays d'origine et au moment où il l'a quitté.
- Chercher à comprendre le récit du patient dans son contexte social et culturel spécifique.
 - Travailler en collaboration : faire participer les familles et (si cela est adéquat) les pairs ou d'autres membres pertinents de la communauté.
 - Explorer la culture familiale : langues parlées, structures sociales et formalités, normes, rôles de genre.
 - Demander au jeune patient de parler de sa culture, de son pays d'origine, de son mode de vie, de son histoire, etc. Ne pas avoir honte de ne pas connaître la culture du patient. Être honnête et curieux. L'authenticité et le véritable intérêt seront appréciés.
 - Concevoir les plans d'intervention avec la participation collaborative du patient, des membres de la famille et de membres de la communauté, lorsque pertinent.
 - Se concentrer sur des objectifs communs et sur les forces individuelles, familiales et communautaires
 - Aborder les éventuels désaccords intergénérationnels en termes de valeurs, de croyances et de perception de la maladie.
 - Un problème courant dans certaines communautés culturelles est la réunification, c'est-à-dire lorsque des familles rejoignent un parent qui a immigré avant le reste de la famille, pour travailler au Canada depuis de nombreuses années, pour ensuite les faire venir. Le processus est souvent douloureux et compliqué pour les adolescents qui ont pu se sentir abandonnés et se sentent obligés de quitter leur pays d'origine et les grands-parents (leur famille élargie) qui les ont élevés. Ils se retrouvent ensuite avec les parents, sans se connaître réciproquement ou se rendre compte une fois au Canada que la « réalité nord-américaine » n'est pas celle dont ils avaient rêvé ou qu'ils avaient vue à la télévision.
 - Discuter du cas avec tous les participants à la consultation (clinicien référent, gestionnaire de cas, interprète, médiateur culturel) avant et après la consultation.
 - Consulter des services spécialisés (p. ex. services transculturels spécialisés) si nécessaire.

TABEAU 4

Travailler avec des interprètes

- S'assurer de la disponibilité d'un interprète accrédité¹.
- Toujours offrir la possibilité de faire appel à un interprète si la première langue du patient et/ou de la famille est différente de la langue maternelle du clinicien².
- Aborder cette possibilité avec le patient, en gardant à l'esprit les enjeux de confidentialité.
- Soigneusement expliquer le rôle de l'interprète.
- Rencontrer l'interprète avant et après la consultation et clarifier les objectifs de la consultation.
- Indiquer à l'interprète la pertinence de traduire le discours du patient sans en altérer la forme originale. Cela permettra d'évaluer les troubles de la pensée et de la parole qui peuvent être liés à la psychose.
- Traiter l'interprète comme un membre de l'équipe d'évaluation et écouter les commentaires qu'il peut avoir sur le comportement du patient dans le contexte de sa culture d'origine.

¹ Garder en tête que les membres de la famille (même s'ils sont bien intentionnés) ne sont pas des interprètes : différents facteurs liés à la proximité du patient (volonté d'aider, problèmes de stigmatisation/de honte, rôles au sein de la famille et relations abusives) peuvent interférer avec une traduction précise et mettre les membres de la famille dans des situations inconfortables ou dangereuses.

² Même si le patient parle couramment la langue dominante, la possibilité de parler sa langue maternelle sera probablement appréciée, même si elle est refusée. C'est un geste de respect qui devrait être employé chaque fois que possible.

TABLEAU 5
Vignettes cliniques

Vignette 1. Diagnostic différentiel Oumar, 19 ans, a quitté son pays d'Afrique, car il se sentait persécuté par son beau-père qui ne partageait pas ses croyances. Il décrit avoir eu très peur de lui après avoir changé de religion à l'adolescence, ce que son beau-père désapprouvait grandement. Il dit avoir reçu de mauvais traitements, il a eu très peur pour sa vie, c'est pourquoi il a fui. Il a traversé plusieurs pays et s'est caché dans un cargo. Il a été amené aux services frontaliers dès son arrivée au Canada, sans statut. Il a passé plusieurs mois en détention avant qu'on s'inquiète de sa santé mentale; on a d'abord cru qu'il mentait vu la désorganisation de son discours. Quelques mois plus tard, il a finalement obtenu le droit de rester au pays et il a été référé à la clinique PEP, après avoir transité dans un refuge pour itinérants. Omar croyait qu'en venant au Canada, il laisserait tous les problèmes derrière lui, mais sa situation à son arrivée au Canada a été très difficile pour lui. Il vit maintenant en appartement et est isolé socialement. Il rapporte voir et parler à une personne bienveillante depuis son jeune âge. Il explique qu'il n'est pas le seul dans son village à avoir une telle protection, c'est une chance. Depuis qu'il est au Canada, il parle davantage à cette personne qu'il est le seul à voir; sa présence est réconfortante. L'évaluation approfondie et le suivi permettront de clarifier la situation. En présence de complexité, il faut se laisser du temps avant de poser un diagnostic. L'histoire migratoire peut s'accompagner de traumatisme. Le trauma est un facteur de risque pour la psychose tandis que certains symptômes de stress post-traumatique peuvent s'apparenter à des symptômes psychotiques. Ce qui peut être décrit comme une expérience hallucinatoire, peut également faire partie d'un vécu normal, en accord avec la culture du patient et de sa communauté d'origine. Le début en très jeune âge, l'absence de difficulté fonctionnelle et le fait qu'une telle expérience est approuvée par sa culture et ne génère pas de détresse importante orientent moins vers un trouble psychotique primaire et plutôt vers un phénomène lié à sa culture.
Vignette 2. Adhésion au traitement Ying est une jeune femme de 27 ans suivie à la clinique depuis 2 ans. Elle cesse périodiquement sa médication contre l'avis du psychiatre qui pense désormais à faire une demande d'autorisation de soins, car les conséquences de ses rechutes sont majeures sur sa scolarisation, sa santé physique (elle cesse de manger) et la font beaucoup souffrir. Les motifs menant à ses arrêts échappent à l'équipe, car en entrevue, elle se montre toujours ouverte aux recommandations qui lui sont faites et elle semble y adhérer. C'est finalement lorsqu'une rencontre familiale a lieu avec la jeune et sa mère, avec l'aide d'une interprète, que tout s'éclaire. On découvre que Ying vit un conflit de loyauté entre les recommandations médicales et son allégeance à son père, avec qui l'équipe traitante n'a jamais eu de contact, qui insiste toujours pour qu'elle remplace la médication par un traitement traditionnel. Ying se retrouve coincée, ambivalente, entre ces deux pôles. Auparavant, lorsque les rencontres téléphoniques avaient lieu avec la mère, en français, celle-ci n'osait pas « dénoncer » le père. La présence de l'interprète a permis de mieux comprendre et de dénouer l'impasse.

Vignette 3. Dynamiques intergénérationnelles dans le cadre transculturel

Melha, 21 ans, s'identifie comme femme. Elle demeure toujours avec ses parents, très conservateurs, qui refusent d'envisager cette réalité. Pour son père, Rachid, elle sera toujours Moussa, son fils aîné. Une colère sourde existe donc entre les deux, surtout depuis sa disparition de l'été dernier : une hospitalisation cachée au père par la mère, Hajer, et la petite sœur, Louna. Lors de l'unique rencontre qui a eu lieu avec l'équipe, Louna a joué le rôle de l'interprète pour sa mère qui ne maîtrise pas bien le français. Compte tenu du grand malaise de Louna dans cette position, elle a « traduit » de façon à protéger sa mère, car celle-ci ne comprend pas les mœurs du Québec. La maman perçoit l'hospitalisation comme un grand malentendu : son fils n'a qu'à se concentrer sur ses études et cesser ses mauvaises fréquentations pour que tout aille mieux. Melha, elle, a trouvé refuge dans le soutien que lui offre son intervenante pivot. Avec elle, elle se sent comprise et acceptée, mais se sent aussi déchirée ayant l'impression de trahir ses parents qui lui ont tout donné. Elle sait qu'ils ont tout sacrifié pour elle et que ses choix les blessent. Le jour où son père la surprend avec du rouge à lèvres au retour d'une sortie, il lui crie dessus ; elle lui tient tête, encouragée par ses discussions avec son intervenante. Son père décide de la mettre à la porte et la renie. L'intervenante la dirige vers un hébergement d'urgence. Melha vit très difficilement la rupture d'avec sa famille qu'elle aime beaucoup malgré tout et se sent étrangère à ces femmes du centre d'hébergement qui ne partagent pas du tout les valeurs de son pays d'origine. C'est un piège que de s'allier au jeune adulte en faisant abstraction de la famille. Lorsque la famille est en plus grand décalage culturel avec l'équipe que le jeune, car les parents, au contraire du jeune maîtrisent peu ou pas la langue ou les codes du groupe majoritaire, la création d'une alliance avec eux peut en effet être plus ardue. L'équipe gagnera à investir le temps supplémentaire nécessaire à l'approche de ces parents, en s'alliant avec des interprètes linguistiques et même idéalement culturels.

Vignette 4. Enjeux structurels/hypothèses culturelles

Rudy est un jeune d'ascendance haïtienne, né à Montréal de parents immigrants. Son père est reparti s'établir aux États-Unis lorsqu'il était encore enfant, et il a grandi avec sa mère et ses tantes. Étudiant brillant, sportif de haut niveau et entouré d'un bon cercle d'amis, il a toujours été très proche de sa mère dont il fait la fierté. Lorsqu'il est hospitalisé pour un premier épisode de psychose, c'est un choc pour sa mère, elle n'a rien vu. Par la suite, elle fera tout ce qu'elle peut pour être la meilleure aidante qui soit : rencontres familiales, séances de psychoéducation pour les proches, groupe de soutien par les pairs. Après 6 mois, Rudy ne donne plus de nouvelles. La mère partage des inquiétudes puis se rétracte quand une ordonnance d'évaluation psychiatrique est abordée. L'équipe n'aura plus de nouvelles jusqu'à ce que Rudy soit amené par les policiers à l'urgence après avoir été trouvé sur la rue complètement désorganisé. L'équipe traitante ne comprend pas que la mère n'a pas contacté le 9-1-1 ou avisé l'équipe de la détérioration. Bien qu'elle fasse a priori confiance aux soignants, la mère craint énormément les forces policières, qu'elle perçoit comme dangereuses face à son fils. Combien de jeunes hommes noirs ont été malmenés, voire tués par des policiers en Amérique du Nord ? En Haïti, ils sont corrompus ; d'ailleurs là-bas, plusieurs médecins sont de connivence avec les politiciens qui maltraitent leurs opposants ; qu'en est-il ici ? Pour elle, il est hors de question de les appeler. Cette information, importante, n'a malheureusement pas été communiquée à l'équipe. Dans ce contexte, le fait d'avoir proposé à la mère cette hypothèse pour expliquer sa résistance apparente aurait pu permettre d'instaurer un climat de confiance où elle se serait sentie plus à l'aise d'exposer ses craintes et de les discuter avec les soignants.

Vignette 5. Immigration, religiosité et le processus lent de construction de la confiance

Goya est une femme de 28 ans, née à Sao Tomé-et-Principe et émigrée à 18 ans, qui vit seule avec son fils de 3 ans. Mis à part sa mère, avec qui Goya a un rapport à la fois distant et conflictuel, toute la famille vit à Sao Tomé-et-Principe. Depuis des années, Goya s'est convertie à l'église adventiste du septième jour, y étant un membre actif. Goya a commencé son suivi psychiatrique à la suite d'un changement de comportement remarqué par d'autres membres de son église qui l'ont amenée aux urgences. La présentation initiale était marquée par un discours et un comportement désorganisé, ainsi que par des anomalies de la perception (auditive, olfactive et somatique), des changements d'humeur et des sentiments de peur et d'angoisse. Après quelques jours d'hospitalisation, Goya avait retrouvé son calme et se maintenait plutôt réservée, refusant d'évoquer l'épisode l'ayant amenée à l'hôpital. Elle se méfiait des soignants, et confiait en privé qu'elle priait constamment pour demander la protection de Dieu contre des mauvaises personnes qui voulaient voler son enfant. Pendant son suivi ambulatoire, elle a toujours soutenu des idées de référence vagues et son discours était centré sur l'idée de devoir dédier sa vie à l'évangélisation. Elle n'avait pas de souvenir clair de l'événement qui a précipité son hospitalisation, mais elle l'associait à un phénomène de sorcellerie et possession. L'aide du pasteur de son église a permis d'encadrer ses croyances spirituelles dans la normativité d'un vécu ardent de sa religiosité, encadré dans sa culture d'origine. L'intérêt montré en sa spiritualité a permis d'établir un rapport de confiance entre Goya et l'équipe soignante. Elle a pu partager un passé marqué par des abus physiques et des privations matérielles, le rôle de sa religiosité pour gérer l'isolement dans un nouveau pays et les phénomènes hallucinatoires qui perduraient depuis son enfance, ainsi qu'à la suite d'un épisode dépressif postpartum. À cette époque, Goya avait peur de ne pas être capable d'élever son enfant seule et craignait de perdre la garde de son fils. Elle a contacté à plusieurs reprises les services de santé, mais a systématiquement abandonné le suivi, se sentant mal comprise quant à son vécu de la religion, et contrainte à la prise des médicaments. Avant son hospitalisation, la crainte de pouvoir perdre son enfant a de nouveau fait surface suite à une nouvelle dépression. Elle a arrêté la prise de médicaments quelques mois après sa sortie de l'hôpital, mais maintient désormais son suivi et reste cliniquement stable.

Salomé Magalhães Xavier est bénéficiaire d'une bourse de doctorat de la Fondation pour la science et technologie [Fundação para a Ciência e Tecnologia], IP (FCT), Portugal (ref. SFRH/BD/143544/2019)

RÉFÉRENCES

- Adelson, N. (2005). The embodiment of inequity: Health disparities in Aboriginal Canada. *Canadian journal of public health*, 96(2), S45-S61. <https://doi.org/10.1007/BF03403702>
- Adeponle, A. B., Thombs, B. D., Groleau, D., Jarvis, E. et Kirmayer, L. J. (2012). Using the cultural formulation to resolve uncertainty in diagnoses of psychosis among ethnoculturally diverse patients. *Psychiatric Services*, 63(2), 147-153. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.201100280>
- Aggarwal, N. K., Jarvis, G. E., Gomez-Carrillo, A., Kirmayer, L. J. et Lewis-Fernandez, R. (2020). The Cultural Formulation Interview since DSM-5: Prospects for trai-

- ning, research and clinical practice. *Transcultural Psychiatry*, 57(4), 496-514. <https://doi.org/10.1177%2F1363461520940481>
- Alegria, M., Atkins, M., Farmer, E., Slaton, E. et Stelk, W. (2010). One size does not fit all: taking diversity, culture and context seriously. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research*, 37(1-2), 48-60. <https://doi.org/10.1007/s10488-010-0283-2>
- Allen, J., Balfour, R., Bell, R. et Marmot, M. (2014). Social determinants of mental health. *International review of psychiatry*, 26(4), 392-407. <https://doi.org/10.3109/09540261.2014.928270>
- Anderson, K. K., Fuhrer, R., Abrahamowicz, M. et Malla, A. K. (2012). The incidence of first-episode schizophrenia-spectrum psychosis in adolescents and young adults in Montreal: an estimate from an administrative claims database. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 57(10), 626-633. <https://doi.org/10.1177/070674371205701007>
- Anderson, K. K., Flora, N., Ferrari, M., Tuck, A., Archie, S., Kidd, S., Taryn, T., Kirmayer, L.J. et McKenzie, K. (2015). Pathways to first-episode care for psychosis in African-, Caribbean-, and European-origin groups in Ontario. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 60(5), 223-231. <https://doi.org/10.1177/070674371506000504>
- Anderson, I., Robson, B., Connolly, M., Al-Yaman, F., Bjertness, E., King, A., Tynan M., Madden R., Bang A., Coimbra Jr, C.E., Pesantes, M.A., Amigo, H., Andronov, S., Armien, B., Obando D.A., Axelsson P., Bhatti Z. S., Bhutta, Z.A., Bjerregaard, P... Yap, L. (2016). Indigenous and tribal peoples' health (The Lancet—Lowitja Institute Global Collaboration): a population study. *The Lancet*, 388(10040), 131-157. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)00345-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(16)00345-7)
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596>
- Bäärnhielm, S., Åberg Wistedt, A. et Rosso, M. S. (2015). Revising psychiatric diagnostic categorisation of immigrant patients after using the Cultural Formulation in DSM-IV. *Transcultural psychiatry*, 52(3), 287-310.
- Balaratnasingam, S., Anderson, L., Janca, A. et Lee, J. (2015). Towards culturally appropriate assessment of Aboriginal and Torres Strait Islander social and emotional well-being. *Australasian Psychiatry*, 23(6), 626-629. <https://doi.org/10.1177/1039856215608283>
- Baker, S., Jackson, M., Jongsma, H. et Saville, C. W. N. (2020, July 10). A comprehensive systematic review and multilevel meta-analysis of the ethnic density effect in psychosis. <https://doi.org/10.31234/osf.io/jcxzw>
- Banks, M. (1996). *Ethnicity: Anthropological constructions*. Routledge.
- Bhui, K.S., J.A. Owiti, A. Palinski, M. Ascoli, B. De Jongh, J. Archer, P. Staples, N. Ahmed, and A. Ajaz. 2015. A Cultural Consultation Service in East London: Experiences and Outcomes from Implementation of an Innovative Service. *International Review of Psychiatry*, 27(1), 11-22.
- Bibeau, G. (1998). Tropismes québécois. Je me souviens dans l'oubli. *Anthropologie et Sociétés*, 19(3), 151-198.
- Boudarbat, B. et Connolly, M. (2013). Évolution de l'accès à l'emploi et des conditions de travail des immigrants au Québec, en Ontario et en Colombie-Britannique entre 2006 et 2012 (No. 2013s-28). CIRANO.

- Burgess, D., Fu, S. et van Ryan, M. (2004). Why do providers contribute to disparities and what can be done about it? *Journal of General Internal Medicine*, 19, 1154-1159. <https://doi.org/10.1111/j.1525-1497.2004.30227.x>
- Brascoupé, S. et Waters, C. (2009). Cultural safety exploring the applicability of the concept of cultural safety to aboriginal health and community wellness. *International Journal of Indigenous Health*, 5(2), 6-41. <https://doi.org/10.3138/ijih.v5i2.28981>
- Bouchard, G. et Taylor, C. (2008). *Building the future, a time for reconciliation: Report. Commission de consultation sur les pratiques d'accommodement reliées aux différences culturelles*. Québec. Gouvernement du Québec. 310 p. and 286 p.
- Caballero, L. (2008). Formulación cultural de casos psiquiátricos DSM-IV-TR [DSM-IV-TR cultural formulation of psychiatric cases]. In L. C. Martínez & R. Lewis-Fernández (Eds.), *Formulación y abordaje cultural de casos psiquiátricos* [Formulation and management of psychiatric cases] (p. 11-34). Madrid, Spain: Luzán.
- Cabral, R. R. et Smith, T. B. (2011). Racial/ethnic matching of clients and therapists in mental health services: a meta-analytic review of preferences, perceptions, and outcomes. *Journal of Counseling Psychology*, 58(4), 537. <https://doi.org/10.1037/a0025266>
- Chaze, F., Thomson, M. S., George, U. et Guruge, S. (2015). Role of cultural beliefs, religion, and spirituality in mental health and/or service utilization among immigrants in Canada: A scoping review. *Canadian Journal of Community Mental Health*, 34(3), 87-101. <https://doi.org/10.7870/cjcmh-2015-015>
- Claxton, M., Onwumere, J. et Fornells-Ambrojo, M. (2017). Do family interventions improve outcomes in early psychosis? A systematic review and meta-analysis. *Frontiers in Psychology*, 8, 371. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2017.00371>
- Corneau, S. et Stergiopoulos, V. (2012). More than being against it: Anti-racism and anti-oppression in mental health services. *Transcultural Psychiatry*, 49(2), 261-282. <https://doi.org/10.1177/1363461512441594>
- Degnan, A., Baker, S., Edge, D., Nottidge, W., Noke, M., Husain, N., Rathod, S. et Drake, R. (2017). The nature and efficacy of culturally-adapted psychosocial interventions in schizophrenia: a systematic review and meta-analysis. *Psychological Medicine*. <https://doi.org/10.1017/S0033291717002264>
- Demarchi, C., Baune, B. T. et Clough, A. R. (2012). Detecting psychotic symptoms in Indigenous populations: A review of available assessment tools. *Schizophrenia research*, 139(1-3), 136-143. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2012.05.017>
- Eagleton, T. (2000). *The idea of culture*. Oxford, England: Blackwell.
- Edge, D., Degnan, A., Cotterill, S., Berry, K., Drake, R., Baker, J., et al. (2016). Culturally-adapted Family Intervention (CaFI) for African-Caribbeans diagnosed with schizophrenia and their families: A feasibility study protocol of implementation and acceptability. Pilot and Feasibility Studies, 2, 39.
- Edwards, L. M., Burkard, A. W., Adams, H. A. et Newcomb, S. A. (2017). A mixed-method study of psychologists' use of multicultural assessment. *Professional Psychology: Research and Practice*, 48(2), 131.
- Ehmann T., Gilbert M., Hanson L. (2004). *Early Psychosis Intervention: A Framework for Strategic Planning*. Canadian Mental Health Association.

- Fearon, P. et Morgan, C. (2006). Environmental factors in schizophrenia: the role of migrant studies. *Schizophrenia bulletin*, 32(3), 405-408. <https://doi.org/10.1093/schbul/sbj076>
- Fernando, S. (2010). DSM-5 and the “Psychosis Risk Syndrome”. *Psychosis*, 2(3), 196-198.
- Fernando, S. (2012). Race and culture issues in mental health and some thoughts on ethnic identity. *Counselling Psychology Quarterly*, 25(2), 113-123.
- Fredrickson, G. M. (2002). *Racism: A short history*. Princeton University Press.
- Gara, M. A., Minsky, S., Silverstein, S. M., Miskimen, T. et Strakowski, S. (2019). A naturalistic study of racial disparities in diagnoses at an outpatient behavioral health clinic. *Psychiatric Services*, 70(2), 130-134. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.201800223>
- Gendron, M., Roberson, D., van der Vyver, J. M. et Barrett, L. F. (2014). Perceptions of emotion from facial expressions are not culturally universal: evidence from a remote culture. *Emotion*, 14(2), 251. <https://doi.org/10.1037/a0036052>
- Golay, P., Baumann, P. S., Jatón, L., Restellini, R., Solida, A., Mebdouhi, N. et Conus, P. (2019). Migration in patients with early psychosis: A 3-year prospective follow-up study. *Psychiatry research*, 275, 108-114. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2019.03.021>
- Gone, J. P. et Kirmayer, L. J. (2020). Advancing Indigenous mental health research: Ethical, conceptual and methodological challenges. <https://doi.org/10.1177%2F1363461520923151>
- Gravlee, C. C. (2009). How race becomes biology: Embodiment of social inequality. *American Journal of Physical Anthropology*, 139(1), 47-57. <https://doi.org/10.1002/ajpa.20983>
- Griner, D. et Smith, T. B. (2006). Culturally adapted mental health intervention: A meta-analytic review. *Psychotherapy: Theory, research, practice, training*, 43(4), 531. <https://doi.org/10.1037/0033-3204.43.4.531>
- Groen, S. P., Richters, A., Laban, C. J. et Devillé, W. L. (2017). Implementation of the Cultural Formulation through a newly developed Brief Cultural Interview: Pilot data from the Netherlands. *Transcultural Psychiatry*, 54(1), 3-22.
- Gynther, B., Charlson, F., Obrecht, K., Waller, M., Santomauro, D., Whiteford, H. et Hunter, E. (2019). The epidemiology of psychosis in Indigenous populations in Cape York and the Torres Strait. *EClinicalMedicine*, 10, 68-77. <https://doi.org/10.1016/j.eclinm.2019.04.009>
- Hansen, H., Braslow, J. et Rohrbaugh, R. M. (2018). From cultural to structural competency—training psychiatry residents to act on social determinants of health and institutional racism. *JAMA psychiatry*, 75(2), 117-118. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2017.3894>
- Harlow, A. F. et Clough, A. (2014). A systematic review of evaluated suicide prevention programs targeting indigenous youth. *Crisis: The Journal of Crisis Intervention and Suicide Prevention*, 35(5), 310. <https://doi.org/10.1027/0227-5910/a000265>
- Hartmann, W. E., Wendt, D. C., Burrage, R. L., Pomerville, A. et Gone, J. P. (2019). American Indian historical trauma: Anticolonial prescriptions for healing, resi-

- lience, and survivance. *American Psychologist*, 74(1), 6. <https://doi.org/10.1037/amp0000326>
- Heslin, M., Lomas, B., Lappin, J. M., Donoghue, K., Reininghaus, U., Onyejiaka, A., Croudace T., Jones P. B., Murray R. M., Fearon P., Dazzan P., Morgan C. et Doody, G. A. (2015). Diagnostic change 10 years after a first episode of psychosis. *Psychological medicine*, 45(13), 2757-2769. <https://doi.org/10.1017/S0033291715000720>
- Hunter, E., Gynther, B., Anderson, C., Onnis, L. A., Groves, A. et Nelson, J. (2011). Psychosis and its correlates in a remote indigenous population. *Australasian Psychiatry*, 19(5), 434-438. <https://doi.org/10.3109/10398562.2011.583068>
- Indigenous Physicians Association of Canada et The Royal College of Physicians & Surgeons of Canada. (2009). Cultural safety in practice: A curriculum for family medicine residents and physicians. Ottawa, Ontario, Canada: IPAC-RCPSC Family Medicine Curriculum Development Working Group. <https://www.ipac-amac.ca/downloads/core-curriculum.pdf>
- Iyer, S. N., Malla, A., Taksal, A., Maraj, A., Mohan, G., Ramachandran, P., Margolese, H.C., Schmitz, H., Joobor, R. et Rangaswamy, T. (2020). Context and contact : a comparison of patient and family engagement with early intervention services for psychosis in India and Canada. *Psychological Medicine*, 1-10. <https://doi.org/10.1017/S0033291720003359>
- Jarvis, G.E., Kirmayer, L. J., Jarvis, G. K. et Whitley, R. (2005). The role of Afro-Canadian status in police or ambulance referral to emergency psychiatric services. *Psychiatric Services*, 56(6), 705-710. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.56.6.705>
- Jarvis, G. E. (2008). Changing psychiatric perception of African Americans with psychosis. *European Journal of American Culture*, 27(3), 227-252. https://doi.org/10.1386/ejac.27.3.227_1
- Jarvis, G. E., Iyer, S. N., Andermann, L. et Fung, K. P. (2020a). Culture and psychosis in clinical practice. In *A Clinical Introduction to Psychosis* (p. 85-112). Academic Press. <https://doi.org/10.1016/B978-0-12-815012-2.00004-3>
- Jarvis, G. E., Kirmayer, L. J., Gomez-Carrillo, A., Aggarwal, N. K. et Lewis-Fernandez, R. (2020b). Update on the Cultural Formulation Interview. *Focus*, 18(1), 40-46.
- Jarvis GE, Larchanche S, Bennegadi R, Ascoli M, Bhui KS, Kirmayer LJ. (2020c). Cultural Consultation in Context: A Comparison of the Framing of Identity During Intake at Services in Montreal, London, and Paris. *Culture, Medicine, and Psychiatry*, 44(3):433-455.
- Jones, N., Kamens, S., Oluwoye, O., Mascayano, F., Perry, C., Manseau, M. et Compton, M. T. (2021). Structural Disadvantage and Culture, Race, and Ethnicity in Early Psychosis Services: International Provider Survey. *Psychiatric Services*, appi-ps. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.202000211>
- Jongsma, H. E., Gayer-Anderson, C., Tarricone, I., Velthorst, E., Van Der Ven, E., Quattrone, D., di Forti M., Menezes P.R., Del-Ben C.M., Arango C., Lasalvia A., Berardi D., La Cascia C., Bobes J., Bernardo M., Sanjuán J., Santos J.L., Arrojo M., de Haan L., ... Kirkbride, J. B. (2020). Social disadvantage, linguistic distance, ethnic minority status and first-episode psychosis: results from the EU-GEI case—control study. *Psychological medicine*, 1-13. <https://doi.org/10.1017/S003329172000029X>

- Judd, F., Fraser, C., Grigg, M., Scopelliti, J., Hodgins, G., Donoghue, A. et Humphreys, J. (2002). Rural psychiatry. *Disease Management & Health Outcomes*, 10(12), 771-781. <https://doi.org/10.2165/00115677-200210120-00004>
- King, M., Smith, A. et Gracey, M. (2009). Indigenous health part 2: the underlying causes of the health gap. *The Lancet*, 374(9683), 76-85. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(09\)60827-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(09)60827-8)
- Kirmayer, L. J., Groleau, D., Guzder, J., Blake, C. et Jarvis, E. (2003). Cultural consultation: A model of mental health service for multicultural societies. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 48(3), 145-153.
- Kirmayer, L. J. (2005). Culture, context and experience in psychiatric diagnosis. *Psychopathology*, 38(4), 192-196. <https://doi.org/10.1159/000086090>
- Kirmayer, L. J. (2008). Empathy and alterity in cultural psychiatry. *Ethos*, 36(4), 457-474. <https://doi.org/10.1111/j.1548-1352.2008.00027.x>
- Kirmayer, L. J., Fletcher, C. et Watt, R. (2009). Locating the ecocentric self: Inuit concepts of mental health and illness. *Healing traditions: the mental health of Aboriginal peoples in Canada*. UBC Press, Vancouver, British Columbia, Canada, 289-314. https://www.researchgate.net/profile/Laurence-Kirmayer/publication/285757131_Locating_the_ecocentric_self_Inuit_concepts_of_mental_health_and_illness/links/56645d5f08ae418a786d4dc0/Locating-the-ecocentric-self-Inuit-concepts-of-mental-health-and-illness.pdf
- Kirmayer, L. J. (2012). Rethinking cultural competence. *Transcultural Psychiatry*, 49(2), 149e164. <https://doi.org/10.1177/02F1363461512444673>
- Kirmayer, L. J., Guzder, J. et Rousseau, C. (Eds.). (2013). *Cultural consultation: Encountering the other in mental health care*. Springer Science & Business Media.
- Kirmayer, L. J., Kronick, R. et Rousseau, C. (2018). Advocacy as key to structural competency in psychiatry. *JAMA psychiatry*, 75(2), 119-120. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2017.3897>
- Kleinman, A. (1987). Anthropology and psychiatry: The role of culture in cross-cultural research on illness. *The British Journal of Psychiatry*, 151(4), 447-454. <https://doi.org/10.1192/bjp.151.4.447>
- Kleinman, A. (1988a). *Rethinking psychiatry: From cultural category to personal experience*. The Free Press.
- Kleinman A. (1988b). *The illness narratives. Suffering, healing, and the human condition*. Basic Books.
- Kleinman, A., Das, V. et Lock, M. (Eds.). (1997). *Social suffering*. University of California Press.
- Koptie, S. (2009). Irihapeti Ramsden: The public narrative on cultural safety. *First Peoples Child & Family Review*, 4(2), 30-43. <https://doi.org/10.7202/1069328ar>
- Kymlicka, W. (1995). *Multicultural citizenship: A liberal theory of minority rights*. Clarendon Press.
- Larchanché S. (2015a). Clinical Medical Anthropology and Its Contribution to Integrating Cultural Diversity in Psychotherapy: the Experience of the Minkowska Center. Presented at the SFU Summer School, July 20, 2015.

- Landry, R. (2014). *Life in an official minority language in Canada*. Moncton, New Brunswick: Canadian Institute for Research on Linguistic Minorities. Retrieved from <https://www.icrml.ca/en/contact-us/download/133/8707/47>
- Lebihan, L., Takongmo, C. O. M. et McKellips, F. (2018). Health disparities for immigrants: Theory and evidence from Canada. *Review of Economics*, 69(3), 183-206. <https://doi.org/10.1515/roe-2017-0029>
- Lee, C., Marandola, G., Malla, A. et Iyer, S. (2016). Challenges in and recommendations for working with international students with first-episode psychosis: A descriptive case series. *International Journal of Migration, Health and Social Care*. <https://doi.org/10.1108/IJMHSC-07-2015-0025>
- Lock, M. et Gordon, D. (Eds.). (2012). *Biomedicine examined* (Vol. 13). Springer Science & Business Media.
- MacDonald, K., Ferrari, M., Fainman-Adelman, N. et Iyer, S. N. (2020). Experiences of pathways to mental health services for young people and their carers: a qualitative meta-synthesis review. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 1-23. <https://doi.org/10.1007/s00127-020-01976-9>
- Maguire, J., Sizer, H., Mifsud, N. et O'Donoghue, B. (2020). Outcomes for migrants with a first episode of psychosis: A systematic review. *Schizophrenia research*. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2020.05.048>
- Maraj, A., Anderson, K. K., Flora, N., Ferrari, M., Archie, S., McKenzie, K. J. et ACE Project Team. (2017). Symptom profiles and explanatory models of first-episode psychosis in African-, Caribbean-and European-origin groups in Ontario. *Early intervention in psychiatry*, 11(2), 165-170.
- Maraj, A., Veru, F., Morrison, L., Joobar, R., Malla, A., Iyer, S. et Shah, J. (2018a). Disengagement in immigrant groups receiving services for a first episode of psychosis. *Schizophrenia research*, 193, 399-405. <https://doi.org/10.1111/eip.12272>
- Maraj, A., Iyer, S. N. et Shah, J. L. (2018b). Enhancing the engagement of immigrant and ethnocultural minority clients in Canadian early intervention services for psychosis. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 63(11), 740-747. <https://doi.org/10.1177/2F0706743718773752>
- McCarthy, M. (2001). US mental-health system fails to serve minorities, says US Surgeon General. *The Lancet*, 358(9283), 733. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(01\)05940-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(01)05940-2)
- McCormick, R. (2008). Aboriginal approaches to counselling. In L. J. Kirmayer & G. Valaskakis (Eds.), *Healing traditions: The mental health of Aboriginal peoples in Canada* (pp. 337-355). University of British Columbia Press
- McRoberts, K. (1988). *Quebec: Social change and political crisis*. McClelland and Stewart Limited.
- Mental Health Commission of Canada. (2012). *Changing directions, changing lives: The mental health strategy for Canada*. https://www.mentalhealthcommission.ca/sites/default/files/MHStrategy_Strategy_ENG.pdf
- Metzl, J. M. (2009). *The protest psychosis: How schizophrenia became a black disease*. Beacon Press.
- McCallum, M. J. (2005). This last frontier: Isolation and aboriginal health. *Canadian Bulletin of Medical History*, 22(1), 103-120. <https://doi.org/10.3138/cbmh.22.1.103>

- Metzl, J. M. et Hansen, H. (2014). Structural competency: theorizing a new medical engagement with stigma and inequality. *Social science & medicine*, 103, 126-133. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2013.06.032>
- Ministère de la santé et des services sociaux. (2019). *Cadre de référence: Programmes d'interventions pour premiers épisodes psychotiques (Pipep)* <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-001978/>
- Miklavcic, A. et LeBlanc, M. N. (2014). Culture brokers, clinically applied ethnography, and cultural mediation. In L. J. Kirmayer, J. Gunder et C. Rousseau (Eds.), *Cultural consultation: Encountering the other in mental health care* (p. 115-137). New York: Springer. https://doi.org/10.1007/978-1-4614-7615-3_6
- Morgan, C., Kirkbride, J., Leff, J., Craig, T., Hutchinson, G., McKenzie, K., Hutchinson, G., McKenzie K., Morgan, K., Dazzan, P., Doody, G.A., Jones, P., Murray, R. et Fearon, P. (2007). Parental separation, loss and psychosis in different ethnic groups: a case-control study. *Psychological medicine*, 37(4), 495-504. <https://doi.org/10.1017/S0033291706009330>
- Morgan, C., Charalambides, M., Hutchinson, G. et Murray, R. M. (2010). Migration, ethnicity, and psychosis: toward a sociodevelopmental model. *Schizophrenia bulletin*, 36(4), 655-664. <https://doi.org/10.1093/schbul/sbq051>
- Morgan, C., Fearon, P., Lappin, J., Heslin, M., Donoghue, K., Lomas, B., Reininghaus U., Onyejiaka A., Croudace T., Jones P.B., Murray R.M., Doody G.A. et Dazzan, P. (2017). Ethnicity and long-term course and outcome of psychotic disorders in a UK sample: the AESOP-10 study. *The British Journal of Psychiatry*, 211(2), 88-94. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.116.193342>
- Morgan, C., Knowles, G. et Hutchinson, G. (2019). Migration, ethnicity and psychoses: evidence, models and future directions. *World Psychiatry*, 18(3), 247-258. <https://doi.org/10.1002/wps.20655>
- Myers, N. (2019). Beyond the “Crazy House”: Mental/Moral Breakdowns and Moral Agency in First-Episode Psychosis. *Ethos*, 47(1), 13-34. <https://doi.org/10.1111/etho.12225>
- Nagy, G. A., LeMaire, K., Miller, M. L., Howard, M., Wyatt, K. et Zerubavel, N. (2019). Development and implementation of a multicultural consultation service within an academic medical center. *Cognitive and Behavioral Practice*, 26(4), 656-675.
- Nelson, S. E. et Wilson, K. (2017). The mental health of Indigenous peoples in Canada: A critical review of research. *Social Science & Medicine*, 176, 93-112. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2017.01.021>
- Nielsen, S. S. et Krasnik, A. (2010). Poorer self-perceived health among migrants and ethnic minorities versus the majority population in Europe: a systematic review. *International journal of public health*, 55(5), 357-371. <https://doi.org/10.1007/s00038-010-0145-4>
- OnTrackNY. (2018). *Delivering culturally competent care in FEP manual*. Retrieved from NYSP OnTrack Manual Template (nyculturalcompetence.org)
- Ouellet-Plamondon, C., Rousseau, C., Nicole, L. et Abdel-Baki, A. (2015). Engaging immigrants in early psychosis treatment: a clinical challenge. *Psychiatric Services*, 66(7), 757-759. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.201300284>

- Orygen. (2016a). *Clinical practice in early psychosis. Working with cultural diversity in early psychosis*. <https://www.orygen.org.au/Training/Resources/Psychosis/Clinical-practice-points/Working-with-cultural-diversity-in-early-psychosis/Working-with-cultural-diversity-in-early-psychosis?ext>
- Orygen. (2016b). *Australian clinical guidelines for early psychosis*. <https://www.orygen.org.au/Campus/Expert-Network/Resources/Free/Clinical-Practice/Australian-Clinical-Guidelines-for-Early-Psychosis/Australian-Clinical-Guidelines-for-Early-Psychosis.aspx?ext>
- Pearce, J., Rafiq, S., Simpson, J. et Varese, F. (2019). Perceived discrimination and psychosis: a systematic review of the literature. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 54(9), 1023-1044. <https://doi.org/10.1007/s00127-019-01729-3>
- Pope, M. A., Jordan, G., Venkataraman, S., Malla, A. K. et Iyer, S. N. (2019). "Everyone has a role": perspectives of service users with first-episode psychosis, family caregivers, treatment providers, and policymakers on responsibility for supporting individuals with mental health problems. *Qualitative health research*, 29(9), 1299-1312. <https://doi.org/10.1177%2F1049732318812422>
- Qureshi, A., Collazos, F., Ramos, M. et Casas, M. (2008). Cultural competency training in psychiatry. *European psychiatry*, 23, 49-58.
- Reininghaus, U., Craig, T. K., Fisher, H. L., Hutchinson, G., Fearon, P., Morgan, K., Dazzan, P., Doody, G.A., Jones, P.B., Murray, R.M. et Morgan, C. (2010). Ethnic identity, perceptions of disadvantage, and psychosis: findings from the AESOP study. *Schizophrenia Research*, 124(1-3), 43-48. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2010.08.038>
- Rosen, C., Jones, N., Longden, E., Chase, K. A., Shattell, M., Melbourne, J. K., Keedy, S. et Sharma, R. P. (2017). Exploring the intersections of trauma, structural adversity, and psychosis among a primarily African-American sample: a mixed-methods analysis. *Frontiers in psychiatry*, 8, 57. <https://doi.org/10.3389/fpsyt.2017.00057>
- Rousseau, C., Key, F. et Measham, T. (2005). The work of culture in the treatment of psychosis in migrant adolescents. *Clinical child psychology and psychiatry*, 10(3), 305-317. <https://doi.org/10.1177%2F1359104505053751>
- Rousseau, C., Johnson-Lafleur, J., Papazian-Zohrabian, G. et Measham, T. (2020). Interdisciplinary case discussions as a training modality to teach cultural formulation in child mental health. *Transcultural psychiatry*, 57(4), 581-593.
- Rotenberg, M., Tuck, A., Ptashny, R. et McKenzie, K. (2017). The role of ethnicity in pathways to emergency psychiatric services for clients with psychosis. *BMC psychiatry*, 17(1), 1-11. <https://doi.org/10.1186/s12888-017-1285-3>
- Savin, D. et Martinez, R. (2006). Cross-cultural boundary dilemmas: a graded-risk assessment approach. *Transcultural psychiatry*, 43(2), 243-258. <https://doi.org/10.1177%2F1363461506064853>
- Schwartz, E. K., Docherty, N. M., Najolia, G. M. et Cohen, A. S. (2019). Exploring the racial diagnostic bias of schizophrenia using behavioral and clinical-based measures. *Journal of abnormal psychology*, 128(3), 263. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/abn0000409>
- Selten, J. P., Van Der Ven, E. et Termorshuizen, F. (2020). Migration and psychosis: a meta-analysis of incidence studies. *Psychological medicine*, 50(2), 303-313. <https://doi.org/10.1017/S0033291719000035>

- Smith, G. N., Boydell, J., Murray, R. M., Flynn, S., McKay, K., Sherwood, M. et Honer, W. G. (2006). The incidence of schizophrenia in European immigrants to Canada. *Schizophrenia research*, 87(1-3), 205-211. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2006.06.024>
- Stasiulis, E., Gibson, B. E., Webster, F. et Boydell, K. M. (2020). Resisting governance and the production of trust in early psychosis intervention. *Social Science & Medicine*, 253, 112948. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2020.112948>
- Statistics Canada. (2016a). *Immigration and ethnocultural diversity: Key results from the 2016 Census*. Retrieved from <https://www150.statcan.gc.ca/n1/daily-quotidien/171025/dq171025b-eng.htm?indid=14428-1&indgeo=0>
- Statistics Canada. (2016b). *150 years of immigration in Canada*. Retrieved from <https://www.statcan.gc.ca/pub/11-630-x/11-630-x2016006-eng.htm>.
- Statistics Canada. (2016c). *Statistics on Indigenous peoples*. Retrieved from https://www.statcan.gc.ca/en/subjects-start/indigenous_peoples
- Statistics Canada (2020). Table 37-10-0086-01 Postsecondary enrolments, by status of student in Canada, country of citizenship and gender. <https://doi.org/10.25318/3710008601-eng>
- Stevens, L. H., Spencer, H. M. et Turkington, D. (2017). Identifying Four Subgroups of Trauma in psychosis: Vulnerability, psychopathology, and Treatment. *Frontiers in psychiatry*, 8, 21. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2017.00021>
- Sue, S. (2006). Cultural competency: From philosophy to research and practice. *Journal of community Psychology*, 34(2), 237-245. <https://doi.org/10.1002/jcop.20095>
- Tarricone, I., D'Andrea, G., Jongsma, H. E., Tosato, S., Gayer-Anderson, C., Stilo, S. A., Suprani F., Iyegbe C., van der Ven E., Quattrone D., di Forti, M., Velthorst E., Menezes P.R., Arango C., Parellada, M., Lasalvia A., La Cascia C., Ferraro L., Bobes J., ... Morgan, C. (2021). Migration history and risk of psychosis: results from the multinational EU-GEI study. *Psychological Medicine*, 1-13. <https://doi.org/10.1017/S003329172000495X>
- Tapsell, R., Hallett, C. et Mellsop, G. (2018). The rate of mental health service use in New Zealand as analysed by ethnicity. *Australasian Psychiatry*, 26(3), 290-293. <https://doi.org/10.1177%2F1039856217715989>
- Tervalon, M. et Murray-Garcia, J. (1998). Cultural humility versus cultural competence: A critical distinction in defining physician training outcomes in multicultural education. *Journal of health care for the poor and underserved*, 9(2), 117-125. <https://doi.org/10.1353/hpu.2010.0233>
- Thomson, M. S., Chaze, F., George, U. et Guruge, S. (2015). Improving immigrant populations' access to mental health services in Canada: a review of barriers and recommendations. *Journal of immigrant and minority health*, 17(6), 1895-1905. <https://doi.org/10.1007/s10903-015-0175-3>
- Van Der Ven, E., Bourque, F., Joobor, R., Selten, J. P. et Malla, A. K. (2012). Comparing the clinical presentation of first-episode psychosis across different migrant and ethnic minority groups in Montreal, Quebec. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 57(5), 300-308. <https://doi.org/10.1177%2F070674371205700505>
- Veling, W., Selten, J. P., Mackenbach, J. P. et Hoek, H. W. (2007). Symptoms at first contact for psychotic disorder: comparison between native Dutch and ethnic

- minorities. *Schizophrenia Research*, 95(1-3), 30-38. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2007.06.024>
- Veling, W., Hoek, H. W., Wiersma, D. et Mackenbach, J. P. (2010). Ethnic identity and the risk of schizophrenia in ethnic minorities: a case-control study. *Schizophrenia bulletin*, 36(6), 1149-1156. <https://doi.org/10.1093/schbul/sbp032>
- Veling, W., Pot-Kolder, R., Counotte, J., van Os, J. et van der Gaag, M. (2016). Environmental social stress, paranoia and psychosis liability: a virtual reality study. *Schizophrenia bulletin*, 42(6), 1363-1371. <https://doi.org/10.1093/schbul/sbw031>
- Weinfeld, M. (1999). The Challenge of Ethnic Match: Minority Origin Professionals in. *Ethnicity, politics, and public policy: Case studies in Canadian diversity*, 117.
- Whitley, R., Kirmayer, L. J. et Groleau, D. (2006). Understanding immigrants' reluctance to use mental health services: a qualitative study from Montreal. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 5 <https://doi.org/10.1177%2F070674370605100401>
- Whitley, R. et Drake, R. E. (2010). Recovery: a dimensional approach. *Psychiatric services*, 61(12), 1248-1250. <https://doi.org/10.1176/ps.2010.61.12.1248>
- Whitley, R. (2016). Ethno-racial variation in recovery from severe mental illness: a qualitative comparison. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 61(6), 340-347. <https://doi.org/10.1177%2F0706743716643740>
- Williams, R. (1999). Cultural safety. *Australia and New Zealand Journal of Public Health*, 23(2), 213-214. <https://doi.org/10.1111/j.1467-842X.1999.tb01240.x>
- Zandi, T., Havenaar, J. M., Limburg-Okken, A. G., Van Es, H., Sidali, S., Kadri, N., et al. (2008). The need for culture sensitive diagnostic procedures. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 43(3), 244-250. (See PDF)
- Zandi, T., Havenaar, J. M., Smits, M., Limburg-Okken, A. G., Van Es, H., Cahn, W., Algra, A., Kahn, R. S. et Van Den Brink, W. (2010). First contact incidence of psychotic disorders among native Dutch and Moroccan immigrants in the Netherlands: influence of diagnostic bias. *Schizophrenia Research*, 119(1-3), 27-33. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2010.02.1059>
- Zandi, T., Havenaar, J. M., Laan, W., Kahn, R. S. et van den Brink, W. (2016). Effects of a culturally sensitive assessment on symptom profiles in native Dutch and Moroccan patients with a first psychosis referral. *Transcultural Psychiatry*, 53(1), 45-59. <https://doi.org/10.1177%2F1363461515577288>

L'union fait la force : initier un mouvement francophone national et international pour l'implantation de l'intervention précoce

Bastian Bertulies-Esposito^a

Amal Abdel-Baki^b

Philippe Conus^c

Marie-Odile Krebs^d

RÉSUMÉ Objectif Décrire l'implantation de l'intervention précoce pour la psychose dans 3 pays francophones ainsi que les défis rencontrés et les facteurs favorisant l'implantation.

Méthode Synthèse narrative portant sur l'implantation de l'intervention précoce pour la psychose en francophonie à partir d'une revue de la littérature scientifique et de la littérature grise

-
- a. Département de psychiatrie et d'addictologie, Université de Montréal – Centre de recherche du CHUM, Montréal – Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal.
 - b. Professeure titulaire, Département de psychiatrie et d'addictologie, Université de Montréal – Psychiatre, chef du Service de santé mentale jeunesse et de la Clinique JAP du Centre hospitalier de l'Université de Montréal (CHUM) – Chercheure, Centre de recherche du CHUM, Montréal – Présidente de l'AQPPEP.
 - c. Service de psychiatrie générale, Traitement et intervention précoce pour la psychose, Centre hospitalier universitaire vaudois, Lausanne.
 - d. INSERM, IPNP UMR S1266, Laboratoire de Physiopathologie des Maladies Psychiatriques, Université Paris Descartes, Université de Paris, CNRS, GDR3557-Institut de Psychiatrie, Paris – Faculté de Médecine Paris Descartes, GHU Paris-Sainte-Anne, Service Hospitalo-Universitaire, Paris.

Résultats Comparativement à d'autres pays (Australie, Royaume-Uni, etc.), le déploiement des programmes d'intervention précoce en francophonie s'est fait plus tardivement et fait face à différents défis rendant son implantation à large échelle encore très hétérogène. Bien qu'une grande partie de la population ait accès à des services d'intervention précoce (SIP) au Québec (Canada), le respect de certaines composantes essentielles du modèle pose encore des défis. Toutefois, divers facilitateurs, notamment l'implication gouvernementale par la publication d'un Cadre de référence provincial normalisant les pratiques, des investissements gouvernementaux et un soutien clinique offert pour le développement et l'amélioration continue des programmes par le Centre national d'excellence en santé mentale et l'Association québécoise des programmes pour premiers épisodes psychotiques (AQPPPEP) qui offre du mentorat, de la formation continue via une communauté de pratique ont été identifiés.

En France, quoique l'implantation soit plus hétérogène, plusieurs centres proposent déjà des SIP, et un intérêt croissant pour cette approche se manifeste par plusieurs équipes, permettant d'espérer le déploiement d'un réseau sur l'ensemble du territoire. Le « Réseau transition » organise depuis 2007 des rencontres scientifiques, des formations spécialisées, la validation d'outils et travaille à éditer un référentiel adapté au système français.

Dans la Suisse francophone, si des programmes ont été implantés relativement tôt (dès 2000 à Genève et dès 2004 à Lausanne), ils sont restés liés à des initiatives individuelles et des choix locaux. Ceci est dû en grande partie à l'autonomie complète de chacun des 26 cantons quant à l'organisation du système de santé et à l'absence de politique nationale de santé mentale. Un groupement suisse francophone a cependant été mis sur pied en 2020 qui va soutenir l'implantation de 5 programmes dans les 5 cantons concernés.

Plusieurs spécificités de l'organisation des soins en santé mentale de chaque pays, dont la relative autonomie des « secteurs » et la scission entre pédopsychiatrie et psychiatrie adulte de même que l'absence d'une culture de l'évaluation des soins et du suivi des recommandations, peuvent avoir un impact sur l'implantation.

Conclusion Outre la poursuite des efforts nationaux, une branche francophone de l'*International Early Psychosis Association* (IEPA) fondée par des leaders suisse, français et québécois pour unir les forces francophones à plus grande échelle a pour objectifs de promouvoir le réseautage, d'échanger sur les pratiques, de partager des outils et l'expertise via l'organisation d'une conférence internationale francophone annuelle visant à améliorer le partage des connaissances sur les pratiques développées ailleurs en intervention précoce en psychose.

MOTS CLÉS intervention précoce, psychose, composantes essentielles, implantation

Strength in Numbers: Launching a National and International French-Speaking Movement for the Implementation of Early Intervention Services

ABSTRACT Objective To describe the implementation of early intervention for psychosis in 3 French-speaking countries, the challenges encountered and potential facilitators for successful implementation.

Methods Narrative synthesis of the scientific and grey literature on early intervention for psychosis programs implementation in the French-speaking world.

Results Compared to other countries (Australia, United Kingdom, etc.), early intervention program implementation in the French-speaking world has been delayed and faces various challenges, making its widespread implementation still very heterogeneous. Although a large proportion of the population has access to early intervention services (EIS) in Quebec (Canada), adherence with certain essential components of the model still poses challenges. However, various facilitators, including government involvement through the publication of a provincial framework standardizing practices, dedicated funding, and clinical support for program implementation and continuous improvement through the National Centre of Excellence in Mental Health (a provincial organization) and a provincial community of practice, the *Association québécoise des programmes pour premiers épisodes psychotiques* (AQPPEP), which offers mentoring and continuing education, have been identified.

In France, although the implementation has been more heterogeneous, several centers already offer EIS, and there is growing interest in this model, as expressed by several teams, giving hope for the implementation of a network of EIS throughout the country. Since 2007, the “Réseau transition” has been organizing scientific meetings, specialized training, validation of tools and is working on publishing a reference tool adapted to the French system to standardize EIS.

In French-speaking Switzerland, although programs were implemented relatively early (in 2000 in Geneva, and in 2004 in Lausanne), they remained associated to individual initiatives and local choices. This is largely due to the complete autonomy of each of the 26 cantons in the organization of the healthcare system and the absence of a national mental health policy. However, a French-speaking Swiss group has been set up in 2020, to support the implementation of 5 programs in 5 cantons.

Several specificities of the organization of mental health care in each country may have an impact on implementation. These include the relative autonomy of different catchment areas, and the separation of child and adolescent psychiatry from adult services. Furthermore, it seems that poor involvement in quality assurance activities and the lack of monitoring of adherence to expert recommendations on essential components of the EIS model may impact program implementation.

Conclusion In addition to continuing national efforts, a francophone branch of the International Early Psychosis Association (IEPA) founded by Swiss, French and

Quebec leaders to join forces on a larger scale seeks to promote networking as well as tool and expertise sharing through an annual international francophone conference focused on early intervention in first-episode psychosis.

KEYWORDS early intervention, psychosis, essential components, program implementation

Introduction

Depuis la création du premier service d'intervention précoce (SIP) pour les premiers épisodes psychotiques (PEP) à la fin des années 1980 en Australie (McGorry, 1993; McGorry, 2015), le modèle s'est progressivement propagé dans une multitude de régions du monde, certaines ayant même procédé à un déploiement à grande échelle, notamment l'Australie, le Danemark, le Royaume-Uni, la Norvège, l'Italie et certaines provinces canadiennes (Butler, 2013; Cocchi et coll., 2018; Csillag et coll., 2018; Department of Health, 2001; Nordentoft et coll., 2015). Cependant, ce déploiement s'est fait plus tardivement dans les pays de la francophonie. Cette synthèse narrative a pour but de présenter l'exemple des trajectoires de l'implantation des SIP au Québec, en Suisse francophone et en France afin d'identifier les facilitateurs et les barrières à l'implantation de ces programmes. Finalement, nous discuterons brièvement les objectifs que vise la branche francophone de l'*International Early Psychosis Association* (IEPA) et les rôles qu'elle pourrait prendre dans la promotion de l'implantation de cette approche et une meilleure standardisation des pratiques en francophonie.

Méthode

Les auteurs ont réalisé une synthèse narrative de la littérature scientifique publiée en français ou en anglais par le biais d'une recherche via des bases de données informatiques (PubMed, Google Scholar, PsycInfo) en employant les mots clés suivants: psychose débutante (*early psychosis*), premier épisode psychotique (*first episode psychosis*), implantation (*implementation*), services d'intervention précoce (*early intervention services*), Québec, France et Suisse (*Switzerland*). Des publications d'organismes gouvernementaux et non gouvernementaux de chacune des juridictions ont également été recensées via l'outil de recherche Google. Cette synthèse a été complétée par les connaissances des auteurs, experts du domaine et de leur juridiction respectives. Les

auteurs de cet article (AAB et BBE, Québec; PC, Suisse; MOK, France) ont activement participé à l'élaboration et à la dissémination des SIP ainsi qu'à l'étude de leur implantation dans leur territoire respectif. Les auteurs ont également contacté des chercheurs connus du domaine dans leur juridiction respective afin de répertorier des travaux de recherche en cours ou des manuscrits en cours de publication. Pour la Suisse, un contact direct a été établi avec l'ensemble des responsables d'établissements psychiatriques publics afin de se renseigner sur l'existence ou non d'un programme spécialisé d'intervention précoce.

Cette approche a permis de recenser 6 articles scientifiques et 5 autres publications dans la littérature grise pour le Québec; 7 articles scientifiques et 1 autre publication pour la France, et 4 articles scientifiques et aucune autre publication pour la Suisse. Chaque auteur a rédigé un premier jet concernant sa juridiction respective, puis BBE et AAB se sont chargés d'assurer l'uniformité du texte. Finalement tous les auteurs ont relu et commenté l'article jusqu'à ce qu'un consensus soit obtenu sur la version finale.

Résultats

Implantation au Québec

Développement de services spécifiques et accessibles

Au Québec, le premier programme pour jeunes atteints de psychose débutante a été développé à la fin des années 1980 par l'équipe pionnière menée par le Dr Pierre Lalonde pour donner suite à l'observation des besoins particuliers de ces jeunes patients et de leurs proches. Quelques autres programmes ont suivi au cours des années 1990, sous l'impulsion de cliniciens convaincus de la pertinence de l'approche.

Ayant comme objectifs de sensibiliser la population générale et les décideurs politiques et institutionnels aux enjeux liés à la psychose émergente, de soutenir le développement des équipes SIP et d'offrir de la formation continue afin d'assurer des services accessibles et de qualité aux jeunes du Québec, l'Association québécoise des programmes des premiers épisodes psychotiques (AQPPEP) a été fondée en 2004 et regroupe des cliniciens, des chercheurs et des pairs aidants de l'ensemble de la province (L'Heureux et coll., 2007).

Jusqu'en 2016, 18 SIP ont ainsi été développés dans plusieurs régions de la province, sans soutien étatique ou institutionnel particulier (Bertulies-Esposito et coll., 2020). Ces SIP offraient alors une variété

d'interventions biopsychosociales (p. ex. pharmacothérapie, éducation psychologique, psychothérapie cognitivo-comportementale, interventions spécifiques pour l'usage de substances, interventions familiales, soutien à l'emploi et à l'éducation). Toutefois, la plupart de ces SIP n'arrivaient pas à maintenir des ratios patients/clinicien permettant une intensité de *case management* adéquate, malgré le fait que la proposition du guide à l'implantation des SIP du Centre national d'excellence en santé mentale (CNESM) publié à l'époque suggérait un ratio maximal de 16:1 (Gilbert et Jackson, 2014) et que plusieurs lignes directrices internationales proposaient des ratios inférieurs à 15:1 (Early Intervention in Psychosis Network (EIPN), 2016; Ehmann, Hanson, Yager, Dolazell et Gilbert, 2010; Melau, 2016; Melton et coll., 2013). De plus, l'accessibilité, composante essentielle de ce modèle de soins visant à réduire la durée de psychose non traitée (DPNT), variait considérablement entre les SIP, tant du point de vue des délais, du processus d'accès, que des critères d'inclusion. Cette hétérogénéité, retrouvée dans plusieurs caractéristiques administratives des SIP, pourrait être expliquée, entre autres, par l'absence de standards locaux largement répandus, de soutien institutionnel et gouvernemental ainsi que par un manque de flexibilité dans les processus institutionnels (Bertulies-Esposito, Iyer et Abdel-Baki, 2022).

En 2017, le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) a permis de concrétiser une des propositions de la planification quinquennale en santé mentale de la province en annonçant des mesures supplémentaires pour la création de SIP dans toutes les régions pour les rendre accessibles à l'ensemble de la population (ministère de la Santé et des Services sociaux, 2015). Cette annonce a été accompagnée d'un financement dédié à la création de 15 nouveaux SIP (La Presse Canadienne, 2017), à celle d'un poste de conseiller à l'implantation et à l'opération des SIP au CNESM et à la publication de standards de performance provinciaux dans un Cadre de référence (ministère de la Santé et des Services sociaux, 2017).

Adhérence aux composantes essentielles du modèle

Les impacts de ces changements de politiques ont été documentés par une nouvelle étude en 2020 à laquelle ont participé 28 des 33 SIP connus de la province (Bertulies-Esposito et coll., 2022). En quelques années, la proportion de la population québécoise (environ 8,2 millions d'habitants) résidant dans une région ayant accès à un SIP est passée de 46 % en 2016 à 88 % en 2020, grâce à la création de 16 nouveaux SIP

depuis 2017. Toutefois, plusieurs programmes desservent des territoires vastes ($> 250 \text{ km}^2$), ce qui limite l'accès à des soins et services d'intensité appropriée. Ainsi, plus de 2 700 jeunes étaient suivis par l'ensemble des SIP sondés du Québec en 2020, avec plus de 1 340 admissions chaque année, alors que le MSSS estime que 3 166 places seront nécessaires pour couvrir l'ensemble des besoins (ministère de la Santé et des Services sociaux, 2020). En effet, en nous basant sur un taux d'incidence de 45 cas par 100 000 personnes âgées de 12-35 ans, tel que rapporté dans le Cadre de référence (ministère de la Santé et des Services sociaux, 2017), il devrait y avoir un total annuel de 1 080 cas incidents parmi les 2,40 millions de Québécois dans cette tranche d'âge. Les données de ce sondage sont préoccupantes, notamment puisque plusieurs programmes sondés étaient encore en début d'implantation et ne rejoignaient probablement pas la totalité des jeunes souffrant de psychose émergente sur leur territoire (Bertulies-Esposito et coll., 2022). L'utilisation d'outils pour estimer plus précisément l'incidence pour chaque région et des études sur l'incidence réelle par territoire, permettra de s'assurer que les estimations du MSSS représentent bien la totalité des cas incidents, permettant potentiellement d'ajuster en conséquence, l'allocation des ressources financières et humaines (McDonald et coll., 2021).

Les SIP respectent davantage les recommandations des lignes directrices, notamment grâce à la diffusion du Cadre de référence pour les programmes pour premiers épisodes psychotiques (ministère de la Santé et des Services sociaux, 2017), et ce, tant sur le plan des critères d'accessibilité (p. ex. inclusion de tous les types de psychoses émergentes, limiter les critères d'exclusion et accepter plusieurs sources de références, dont l'autoréférencement par les patients) que des délais d'accès aux services (entre la référence et le contact initial, l'évaluation psychiatrique et le début du suivi par le SIP), comparativement au sondage de 2016 (Early Psychosis Guidelines Writing Group and EPPIC National Support Program, 2016; Gilbert et Jackson, 2014; Hetrick et coll., 2018; National Institute for Health and Care Excellence, 2016). En effet, il semble que la publication du Cadre de référence, qui recommande un délai maximal entre la référence et le premier contact de 72 heures (ministère de la Santé et des Services sociaux, 2017) ait eu un impact sur les SIP québécois, puisque si 5 des 15 SIP sondés en 2016 respectaient cette cible, 16 des 28 programmes sondés en 2020 y adhéraient. Pour ce qui est du délai entre la référence et l'évaluation psychiatrique, qui est maximale de 2 semaines selon

le Cadre de référence, nous constatons également un nombre croissant de programmes qui y adhère (11/15 SIP en 2016, comparativement à 16/28 en 2020). Par ailleurs, près de 90 % des programmes offrent à l'ensemble de leurs patients le *case management* intensif, intervention au cœur du modèle des SIP. D'autres aspects fondamentaux semblent bien déployés, dont la présence de réunions d'équipe interdisciplinaires hebdomadaires (96 % des programmes) et l'interdisciplinarité. En effet, 93 % des programmes québécois ont accès à un psychiatre dédié, en plus d'infirmières et des professionnels d'horizons multiples (p. ex. travail social, ergothérapie, psychologie, sciences infirmières, pairs aidants, psychoéducateurs) qui travaillent en collaboration constante.

La majorité des SIP s'implique dans une pluralité d'interventions de proximité (p. ex. rencontres dans le milieu de vie des patients, accompagnement pour des démarches dans la communauté et création de liens avec des organismes communautaires). De plus, ils offrent une diversité d'interventions biopsychosociales, mais seule une proportion limitée de leurs patients bénéficie pour l'instant de celles-ci. Quoique tous les SIP offrent du soutien à l'emploi et à la scolarisation pour les patients, seuls 14 % d'entre eux ont rapporté pouvoir offrir du soutien par les pairs. Le manque de ressources humaines (31 %) ainsi que le manque d'intervenants possédant une formation spécialisée (p. ex. thérapie cognitivo-comportementale, traitement intégré pour les troubles d'usage de substances concomitants) pour les différentes interventions (25-50 %) et, dans les petites régions éloignées, les trop petits bassins de patients pour pouvoir réunir suffisamment de jeunes pour offrir des thérapies de groupe sont rapportés comme des limitations à offrir l'éventail d'interventions psychosociales requises. Dans l'avenir, la télémédecine pourrait offrir de nouvelles avenues permettant de surmonter certaines de ces barrières à des services spécifiques et d'intensité appropriée (Jones et coll., 2014; Lal et coll., 2020).

Des défis dans l'implantation à grande échelle et des solutions tournées vers l'avenir

Certaines composantes du modèle semblent moins bien implantées. En effet, une faible proportion de SIP offre des services aux jeunes présentant un état mental à risque de psychose (ÉMR-P). Toutefois, le Cadre de référence recommande que ces services ne soient mis en place qu'une fois les standards atteints pour les interventions pour les jeunes souffrant de psychose débutante. De plus, une méta-analyse récente ne démontrant pas de supériorité d'une intervention spécifique par

rapport à une autre pour cette population vient possiblement appuyer le choix fait par les programmes dans leur priorisation d'implantation (Fusar-Poli et coll., 2020).

C'est surtout sur le plan des composantes organisationnelles que les SIP québécois semblent avoir de la difficulté à adhérer aux standards. En effet, une minorité de programmes s'implique dans des activités d'évaluation des services et de suivi de l'évolution des patients. La tenue de bases de données clinico-administratives, lorsqu'elle existe, est une charge supplémentaire pour les cliniciens du programme. Ceci s'ajoute à la surcharge clinique qui est mise en évidence par 31 % des programmes sondés ayant des ratios de patients par intervenant supérieurs à 20:1, alors que le Cadre de référence suggère un ratio de 16:1. Une telle surcharge peut contribuer à l'épuisement professionnel et au roulement de personnel, facteurs qui ont été identifiés comme pouvant avoir une incidence négative sur l'implantation réussie de programmes en santé mentale (Belling et coll., 2011; Brooks, Pilgrim et Rogers, 2011; Lester et coll., 2009; Mancini et coll., 2009; Moser, Deluca, Bond et Rollins, 2004). Pour pallier ce manque de personnel, en 2020, le MSSS a annoncé de nouveaux investissements de 10 millions de CAD pour soutenir l'implantation des SIP (ministère de la Santé et des Services sociaux, 2020). L'implication gouvernementale accrue constitue un facilitateur majeur dans le développement rapide de SIP par le biais du soutien financier dédié à cette mission, de la publication du Cadre de référence et du soutien clinique continu offert par le conseiller du CNESM. L'AQPPEP s'implique dans l'éducation du grand public depuis ses débuts avec sa « Journée de sensibilisation à la psychose émergente » bisannuelle itinérante (L'Heureux et coll., 2007), mais agit aussi à titre de communauté de pratique offrant des opportunités de mentorat aux cliniciens. Selon une étude menée en 2020, l'AQPPEP serait une source majeure de formation continue pour les SIP (par ses multiples événements de formation continue ayant lieu régulièrement : conférences, webinaires, formations spécialisées et journées de réflexion) du Québec en complémentarité avec la formation de base du soutien clinique continu offerte par le conseiller du CNESM (Bertulies-Esposito et coll., 2022). Dans cette enquête, 89 % des SIP affirmaient que l'offre de formation au Québec était « adéquate » à « excellente », quoique seuls 48 % d'entre eux rapportaient que leurs besoins de formation étaient comblés. Ces faits mettent en lumière le rôle d'une communauté de pratique francophone, le grand besoin d'une offre de formation continue en français et soulignent l'importance de

développer un réseau de formation francophone international, telle que la branche francophone de l'IEPA. Finalement, l'Université de Montréal a développé pour les médecins psychiatres un diplôme d'études supérieures spécialisées (DESS) en intervention précoce pour la psychose, d'une durée d'un an.

Implantation en France

Développement de services spécifiques et accessibles

L'intervention précoce en France a débuté plusieurs années après d'autres pays francophones et les autres pays européens. Le Centre d'évaluation du jeune adulte et adolescent (C'JAAD), mis sur pied à Paris en 1999, a été axé initialement sur la prise en charge de jeunes de 15-30 ans présentant des constellations symptomatiques et des situations de vie complexes et dont les diagnostics étaient incertains (Oppetit et coll., 2018). Le C'JAAD avait initialement comme objectifs d'offrir une évaluation exhaustive et multidisciplinaire aux jeunes, de leur offrir un accès à des services spécialisés dans un délai de 15 jours, et ce, pour une durée de 2-3 ans, ainsi que de promouvoir la détection précoce des symptômes psychiatriques pour réduire la DPNT. Grâce à du financement du Programme Hospitalier de Recherche clinique, des services pour jeunes présentant un ÉMR-P se sont développés (Oppetit et coll., 2018). Quelques autres services offrant des soins et services pour jeunes ÉMR-P et PEP en France sont décrits dans la littérature (Lecardeur, Meunier-Cussac et Dollfus, 2018; Martin, 2017; Mignot et coll., 2018). Par ailleurs, 2 études ont permis de faire l'état des lieux des initiatives d'intervention précoce (IIP) en 2016 et 2018 via un questionnaire autorapporté distribué à des psychiatres hospitaliers, des Agences régionales de Santé et des structures dédiées aux jeunes (Gozlan, Meunier-Cussac, Lecardeur, Duburcq et Courouve, 2018; Lecardeur et coll., 2020). Les résultats de ces études sont décrits ci-après.

Adhérence aux composantes essentielles cliniques et organisationnelles

Les critères pour se déclarer IIP étaient très souples : équipe multidisciplinaire, intensive, précoce, le plus souvent ambulatoire et ayant au moins un mi-temps de médecin (aucune description n'était fournie pour ces critères). La première enquête a révélé 18 IIP prenant en charge des PEP, desquelles seulement 4 recevaient des patients présentant un ÉMR-P. Huit IIP mélangeaient cette activité d'intervention

précoce avec la prise en charge de patients souffrant de troubles psychotiques chroniques (Gozlan et coll., 2018). Répétée deux ans plus tard en élargissant les personnes contactées, l'enquête identifie cette fois 35 IIP opérationnelles et 34 en début d'implantation ou au stade de projet de réflexion (Lecardeur et coll., 2020). En particulier, cette enquête montre une progression vers l'identification de services dédiés aux jeunes souffrant de psychose débutante, mais une proportion importante intervient ou compte intervenir à plusieurs stades de la maladie. Les IIP sont organisées généralement autour d'un service de consultation ambulatoire, d'une équipe mobile et d'activités d'hôpital de jour; 48 % des IIP déclarent centrer leur activité autour du *case management*, mais nombre d'entre elles œuvrent avec un ratio patient/clinicien trop élevé (Lecardeur et coll., 2020). Ces enquêtes se heurtent à la difficulté d'évaluer précisément les indicateurs d'activité des IIP, du fait de la non-autonomie administrative des IPP par rapport aux services non spécialisés, notamment ceux dédiés aux patients souffrant de formes chroniques de psychose, ce qui implique nombre de défis clinico-administratifs, dont le partage de lieux de soins. Ceci amène aussi de la difficulté à établir les ratios patients/clinicien exacts, qui sont estimés à plus de 30:1 dans un grand nombre d'IIP. Environ 35 % des IPP comprennent une activité d'hospitalisation de jour, 39 % ont accès à des services d'hospitalisation complète qui sont généralement partagés avec la psychiatrie générale. En outre, il est important de noter que 2 des équipes sondées ne rapportaient offrir que des services d'hospitalisation complète, sans service en ambulatoire, allant à l'encontre des recommandations internationales.

Malgré des limites méthodologiques inhérentes à ces 2 enquêtes, elles montrent l'importante mobilisation des professionnels français pour évoluer vers des SIP suivant le modèle de soins et services internationalement reconnu.

Des défis dans l'implantation à grande échelle et des solutions tournées vers l'avenir

Au tournant des années 2010 ont émergé des initiatives diversifiées offrant des soins et services pour les adolescents et les jeunes adultes souffrant de détresse psychologique incluant les PEP, dont des équipes mobiles et un service de consultation centrée sur la prévention du suicide. De plus, des liens ont été développés avec une Maison des adolescents et des services interuniversitaires de médecine préventive et de promotion de la santé. Toutefois, l'offre globale de soins et

services pour ces jeunes demeurent peu visible en 2016, notamment en raison d'une paucité de publications internationales et d'une absence de planification nationale portant sur les services pour les psychoses débutantes, dont les dernières recommandations remontent à 2007 et la dernière conférence consensus, en 2003 (Haute Autorité de santé, 2007; McDaid et coll., 2016). Dans les 2 cas, les recommandations demeurent éloignées des standards établis dans la littérature internationale actuelle portant sur la détection et l'intervention précoces.

Deux défis importants sont identifiés : 1) développer un document de référence pour assurer la qualité de ces programmes, en fonction des recommandations internationales (ministère de la Santé et des Services sociaux, 2017; Schmidt et coll., 2015; Schultze-Lutter et coll., 2015) et coordonner les IIP; 2) assurer leur pérennisation. Une nouvelle enquête, présentement en cours, montre que certaines IIP précédemment répertoriées ont jeté l'éponge et tous les répondants indiquent leurs difficultés à insérer leur service dans le système de soins de santé mentale français où chaque niveau décisionnel (départemental, institutionnel, territorial) peut avoir des objectifs distincts, en tentant d'équilibrer une variété de services (urgence psychiatrique, psychiatrie de l'enfant et l'adolescent, psychiatrie de l'adulte, ressources pour l'accompagnement et la réhabilitation, etc.). De plus, la fragilité de la pérennisation des IIP pourrait être liée à une pénurie de personnel hospitalier, entraînant fréquemment le rapatriement des cliniciens en IIP vers des services intrahospitaliers et causant la cessation des activités structurées de ces groupes. À présent, il semble que les regroupements de professionnels s'intéressant à la psychose débutante sont redéployés informellement en l'absence de soutien institutionnel concerté. Un autre écueil est la définition et l'intégration de nouveaux rôles professionnels, principalement les *case managers* et les pairs aidants.

Face à l'enthousiasme grandissant en France, tel que démontré par le développement de communautés de pratiques et d'initiatives cliniques locales (El Oussoul, Haesebaert, Leane et Haesebaert, 2020; Lecardeur et coll., 2018; Martin, 2017; Mignot et coll., 2018), il reste à promouvoir à l'échelle nationale une meilleure structuration et une reconnaissance de la spécificité de l'intervention précoce pour les PEP, avec en premier lieu une révision des recommandations (appliquées à la réalité du système de santé français), dont le rôle structurant a déjà été décrit (Bertulies-Esposito et coll., 2022; Csillag et coll., 2018). En effet, un processus d'adaptation des lignes directrices internationales est en cours de réalisation par le réseau Transition depuis 2018 afin de

s'assurer que la terminologie des recommandations soit alignée avec celle employée dans le réseau de la santé français et tienne compte de la réalité locale.

De plus, il est important de souligner que les psychiatres français collaborent avec des équipes de chercheurs et de cliniciens du Québec et de la Suisse francophone depuis 2006 par le biais du Réseau Transition. Celui-ci contribue à la promotion de l'intervention précoce par l'organisation de journées annuelles, la traduction d'outils cliniques standardisés (notamment de la *Comprehensive Assessment of At Risk Mental States*), l'organisation de formations et la diffusion de documentation à l'intention des professionnels de la santé et du public (www.institutdepsychiatrie.org/reseau-transition) (Krebs, 2019). Afin d'accroître les connaissances et compétences des professionnels de la santé, un diplôme d'université dédié aux pathologies psychiatriques émergentes de l'adolescent et du jeune adulte est offert depuis 2014 à l'Université de Paris, qui forme annuellement entre 30 et 40 professionnels de santé.

Implantation en Suisse francophone

Développement de services spécifiques et accessibles

La partie francophone de la Suisse (Suisse romande) rassemble 25 % de la population résidant à l'ouest du pays, soit 2 millions d'habitants, répartis sur 7 des 26 cantons que compte le pays. Bien que l'intervention précoce dans les troubles psychotiques se soit implantée en Suisse déjà à la fin des années 80, initialement à Bern, et que l'association *Swiss Early Psychosis Project* (SWEPP) (Simon, Theodoridou, Schimmelmänn, Schneider et Conus, 2012) ait vu le jour en 1999, le fait que la politique de santé soit une prérogative strictement cantonale et qu'elle se décline donc de 26 manières différentes sur le territoire, a rendu impossible la mise en place d'une stratégie nationale à cet égard. L'implantation de SIP dépend donc encore de la motivation et de la détermination des personnes en place dans chacun de ces cantons.

Adhérence aux composantes essentielles du modèle

Ceci dit, 2 cantons sont bien dotés. Genève a implanté au début des années 2000 le programme JADE (Dorsaz, Badan Ba, Chantaine et Curtis, 2017), constitué d'une consultation ambulatoire, d'un hôpital de jour et d'une unité hospitalière spécialisée pour premiers épisodes âgés de 18 à 35 ans. La consultation ambulatoire offre une prise en charge

intégrée des patients ÉMR-P et aux PEP. Depuis près de 10 ans, le programme a élargi son périmètre à l'entièreté des troubles psychiques débutants. Lausanne, capitale du canton de Vaud, est également dotée d'un programme SIP intégré pour les 18 à 35 ans (programme TIPP) (Baumann et coll., 2013; Conus, Polari et Bonsack, 2010) offrant des soins aux patients PEP et ÉMR-P. Pour les PEP, ce programme intégré, basé sur le modèle *Early Psychosis Prevention & Intervention Centre* (EPPIC), propose une équipe de case management, une équipe de suivi intensif dans le milieu (Alameda et coll., 2016), une approche psychothérapeutique, un programme de soutien à l'emploi, une collaboration avec un hôpital de jour en ville ainsi qu'une offre pour les familles et les proches. Le suivi est proposé sur 3 ans et 50 nouveaux patients de 18 à 35 ans sont inclus chaque année; chacun étant régulièrement évalué sur la base d'échelles, afin d'objectiver le suivi et de s'assurer que chaque patient a accès à l'ensemble des approches thérapeutiques dont il a besoin. Le programme pour les jeunes présentant un ÉMR-P a été implanté en 2016 et il offre à la fois une évaluation complète et un suivi spécialisé avec, en cas de besoin, du *case management*. Les 3 autres régions du canton de Vaud (qui compte 800 000 habitants) sont également dotées d'équipes mobiles et d'intervention précoce pour les personnes âgées de 16 à 30 ans. Ces régions comptent pour une minorité des habitants du canton, mais leur faible densité de population implique des déplacements plus nombreux et longs pour les intervenants des SIP. Ainsi, elles devaient bénéficier d'une dotation de personnel équivalente au secteur central du canton. Toutefois, en raison de l'interruption du programme d'implantation en 2014, elles n'ont reçu qu'environ 3 équivalents temps complet, ce qui correspond à 30 % des postes prévus.

Des défis dans l'implantation à grande échelle et des solutions tournées vers l'avenir

Globalement et en comparaison au Québec, on observe un important retard dans l'implantation des SIP en Suisse francophone et plus globalement dans l'ensemble du pays. La situation est similaire à la situation québécoise d'avant 2017 et dépend avant tout de la motivation d'acteurs institutionnels locaux. Il semble donc que l'absence d'une politique nationale de santé mentale et que l'indépendance des 26 cantons à cet égard contribue à freiner un processus pourtant présenté comme essentiel dans les recommandations de la Société suisse de Psychiatrie et Psychothérapie (Kaiser et coll., 2018).

Alors que les 5 autres cantons n'ont pas de programme SIP spécifique, le Groupement Romand d'Intervention Précoce (GRIP) a été créé en 2020 et réunit les responsables des services de psychiatrie de l'ensemble des cantons romands, dans le but de renforcer le développement de ces programmes dans l'ensemble de la francophonie suisse. D'autre part, la fondation Promotion Santé suisse, liée à l'Office fédéral de la santé publique (une instance nationale) vient de financer un projet visant à l'implantation de 3 programmes pilotes pour patient à ÉMR-P dans les cantons de Bâle, Genève et Lausanne. L'objectif est de développer un modèle de cheminement efficace vers les soins et d'évaluation spécialisée qui, s'il est précisément efficace, sera développé dans l'ensemble de la Suisse.

Discussion

Défis généraux liés à l'implantation des SIP à travers la francophonie et ailleurs

L'implantation de SIP, que ce soit localement ou à grande échelle, implique souvent des défis pour les cliniciens, les gestionnaires et les décideurs politiques impliqués. Tout d'abord, la clé du succès d'une implantation réussie est de réunir, avant même de débiter l'offre de services, toutes les parties prenantes nécessaires pour la planification et la mise en œuvre du projet : gestionnaires de l'institution, une équipe de cliniciens motivés et, idéalement, un ou plusieurs patients et membres de familles partenaires. À cet effet, nous soulignons l'importance d'inclure les jeunes et leurs proches, tant dans l'approche clinique que le développement du projet. En effet, afin d'offrir des services axés sur les besoins des jeunes (*youth-friendly*) et de les engager dans les services, une collaboration dans toutes les phases de l'implantation permet d'être davantage à l'écoute de leurs besoins, de réduire la stigmatisation dans le processus de soins, de contribuer à l'amélioration des soins et, éventuellement, d'améliorer l'acceptabilité, l'intérêt et la diffusion des projets de recherche concernant les SIP. Toutefois, quoiqu'une telle approche diverge encore du modèle prédominant des organisations de services et de soins de santé, le soutien gouvernemental et institutionnel peut favoriser les changements de pratiques. En effet, à l'instar des recommandations d'experts, le MSSS du Québec, en requérant de plus en plus l'inclusion des patients et leurs proches tant dans l'organisation et la planification des services (en tant que patients partenaires),

la prestation des soins (pairs aidants), que dans leurs propres plans de soins, soutient la mise en place de ces pratiques innovantes qu'on voit se développer de plus en plus à travers la province, mettant de l'avant des approches axées sur le rétablissement (ministère de la Santé et des Services sociaux, 2015, 2017).

Puisque plusieurs facteurs contextuels peuvent influencer l'implantation et le fonctionnement des SIP, une bonne connaissance du territoire de desserte est primordiale, notamment en lien avec les particularités géographiques, dont l'étendue du territoire couvert et la disponibilité de transport en commun (Bertulies-Esposito et coll., 2020), ainsi qu'une cartographie des organismes en contact ou offrant du soutien aux jeunes du territoire, dont les partenaires communautaires et les établissements d'éducation qui permettront tant la détection précoce des jeunes atteints de psychose que leur intégration dans leur milieu. Une connaissance des caractéristiques populationnelles, notamment des caractéristiques sociodémographiques étant des déterminants de santé (p. ex. faible revenu, niveau d'éducation, taux de non-emploi), la proportion de populations marginalisées ou à risque plus élevé de troubles psychotiques (immigrants, personnes en situation d'itinérance et de précarité, population consommant régulièrement du cannabis) (Ayano, Tesfaw et Shumet, 2019 ; Bourque, van der Ven et Malla, 2011 ; Di Forti et coll., 2019 ; van Os, Hanssen, Bijl et Vollebergh, 2001), pourrait permettre de mieux répondre aux besoins de la population concernée, notamment en s'assurant que l'équipe reçoive des formations appropriées à ces particularités afin d'être plus sensible, d'adapter les services, les interventions et la façon de les offrir, aux besoins spécifiques de la clientèle. De plus, une étude récente au Royaume-Uni a montré qu'il est possible de développer un modèle prédictif qui tient compte de l'impact de ces variables sur l'incidence des troubles psychotiques, connue pour varier selon diverses caractéristiques (McDonald et coll., 2021).

Le modèle des SIP requiert souvent un aménagement dans les trajectoires de référencement usuelles des patients afin de permettre un accès facile, rapide et direct aux services pour les jeunes, par eux-mêmes, leurs proches et partenaires de la communauté. Cet élément, ayant des composantes administratives (processus et critères d'admission) et cliniques est un des premiers à prioriser puisqu'il permet de réduire la DPNT, facteur modifiable pouvant influencer de façon majeure le pronostic (Perkins, Gu, Boteva et Lieberman, 2005). Une autre particularité des SIP requérant un soutien institutionnel parti-

culier est que ces programmes devraient offrir des services aux jeunes à travers la transition de l'adolescence à l'âge adulte, une période où le risque de désengagement thérapeutique est particulièrement élevé (Gilbert et Jackson, 2014; Lal et Malla, 2015; ministère de la Santé et des Services sociaux, 2017; National Collaborating Centre for Mental Health, 2013). Comme la majorité des systèmes de santé n'offrent pas de continuité au cours de cette transition, plusieurs barrières organisationnelles au-delà de l'institution peuvent faire obstacle à l'implantation de cette composante essentielle. Finalement, s'assurer que les membres des SIP aient accès à des opportunités de formation et de supervision continues afin de développer et de maintenir leurs compétences est l'une des composantes essentielles du modèle. Pour ceci, mettre sur pied une communauté de pratique et développer un réseau de praticiens de cliniques différentes permettant d'échanger les expériences, font partie des pistes de solution, surtout en raison de l'offre présentement limitée, quoiqu'en croissance constante, de formation continue en français.

À travers le processus, un des facilitateurs les plus décrits est le soutien gouvernemental et institutionnel, par le biais de financement dédié au service, de la publication de lignes directrices locales ou d'autres mesures politiques pouvant améliorer les perspectives d'implantation (Bertulies-Esposito et coll., 2022; Csillag et coll., 2016; Nordentoft et coll., 2015).

Finalement, une approche qui permet de monitorer les pratiques des SIP tout en offrant des arguments pour obtenir davantage de soutien institutionnel est d'intégrer l'utilisation d'outils de fidélité au modèle. Ceci reflète le besoin d'instaurer une culture d'évaluation des soins au sein des SIP, puisqu'il a été montré qu'avec le temps, un programme a tendance à s'éloigner du modèle sur lequel il a été initialement conçu (Dusenbury, Brannigan, Falco et Hansen, 2003) ou du moins risque de ne pas s'ajuster aux données scientifiques qui sont continuellement développées. Si certains ont établi des standards de performance pour évaluer les SIP (ministère de la Santé et des Services sociaux, 2017), la majorité des outils de fidélité sont sous forme d'échelles (Addington et coll., 2018). Puisque le fonctionnement des SIP varie en fonction de plusieurs éléments cités précédemment, il existe une pluralité d'échelles de fidélité, qui ont été adaptées en fonction des particularités opérationnelles locales adaptées à chaque juridiction qui les développe. Par exemple, la *First Episode Psychosis Services Fidelity Scale* (Addington et coll., 2016) a aussi été adaptée pour certains programmes états-uniens

(Mascayano et coll., 2019) et pour l'utilisation dans le contexte d'évaluations à distance (Addington, Noel, Landers et Bond, 2020), alors que des cliniciens et chercheurs danois (Melau, Albert et Nordentoft, 2019), britanniques (Lester et coll., 2006) et états-uniens (Bennett, Piscitelli, Goldman, Essock et Dixon, 2014; Melton et coll., 2013) en ont créé en fonction des spécificités de leurs programmes. L'utilisation de ces méthodes d'évaluation est cependant chronophage et exige d'importantes ressources humaines (Durbin et coll., 2019; Mueser et coll., 2019). Ainsi, il nous semble particulièrement important de soutenir les SIP dans la collecte de données clinico-administratives permettant d'évaluer leur fonctionnement et déterminer des cibles spécifiques d'amélioration continue. En ce sens, un système apprenant rapide (SAR) est actuellement en cours d'implantation au Québec dans le cadre d'un projet pilote (Ferrari et coll., en préparation). Ayant pour objectif global d'améliorer la qualité des soins pour les patients atteints d'un premier épisode psychotique (PEP), l'implantation d'un SAR construit en collaboration avec tous les acteurs-clés (cliniciens, utilisateurs de services et leurs proches, chercheurs, décideurs, le CNESM et l'AQPPEP) vise également à améliorer la satisfaction des utilisateurs, le respect des composantes essentielles des SIP et les prises de décisions aux niveaux local et provincial. Par l'utilisation d'une plateforme électronique développée pour permettre de recueillir et d'entrer systématiquement des données en temps réel en continu (tant par les patients, les cliniciens que les membres de famille), le système produit un rapport de rétroaction personnalisé électroniquement, montrant la progression du programme au fil du temps et le comparant à la moyenne de tous les programmes et inclut des commentaires et suggestions pour favoriser l'amélioration continue du SIP. Des activités de renforcement des capacités et de formation continue (p. ex. webinaires, formation sur de nouveaux outils et mentorat individuel) adaptées à l'évolution des besoins des programmes identifiés par le SAR sont ensuite offertes notamment par le biais d'une plateforme électronique qui y est intégrée. Le cycle se poursuit en mesurant à nouveau les mêmes indicateurs pour déterminer les domaines s'étant améliorés et ceux nécessitant des changements supplémentaires. À terme, le SAR pourrait accroître la capacité des SIP du Québec, puis d'autres provinces et pays à fournir des soins fondés sur les données probantes, monitorer leurs performances, fixer des objectifs d'amélioration, prendre des décisions aux niveaux local, provincial et national, et à développer l'apprentissage collaboratif et les interactions multipartites et entre cliniques.

IEPAf, un réseau francophone visant à renforcer l'implantation des SIP en francophonie

Comme mentionné ci-dessus, la formation continue est un élément important pour nourrir les programmes SIP et s'assurer qu'ils prennent en compte les nouveaux développements dans les pratiques recommandées. De plus, le développement d'outils (brochures, documents à l'intention des patients, applications smartphone par exemple) nécessite beaucoup de temps, d'énergie et d'expertise pour une utilisation limitée à un seul programme local. En outre, la majorité des brochures, des guides pratiques, voire des vidéos ainsi que les conférences et formations pratiques sont proposés en anglais et les praticiens de terrain des programmes SIP au sein de la francophonie sont souvent rebutés par cette question linguistique. Enfin, il est parfois difficile de convaincre les autorités locales de l'importance de mettre en place des SIP, et le fait de pouvoir s'appuyer sur la légitimité que donne l'appartenance à un organisme officiel international peut avoir son importance au moment de négocier un financement auprès des autorités locales.

Pour l'ensemble de ces raisons, une branche francophone d'*IEPA early intervention in mental health*, a été mise en place en 2018 (Conus et coll., 2019). Rassemblant près de 150 membres, cette association a déjà organisé 2 conférences internationales au cours desquelles alternaient des conférences plénières, des ateliers interactifs et des présentations d'outils cliniques pratiques. La première conférence a eu lieu au Québec en 2019 et la seconde, organisée par le groupe français en 2020 s'est déroulée virtuellement, rejoignant plus de 360 participants. La décision a été prise de proposer une conférence virtuelle chaque année et de progressivement mettre en place une banque de ressources disponibles à tous et des sous-groupes d'interaction dans des domaines proches des préoccupations des cliniciens. L'inscription est gratuite et se fait par le biais du portail internet d'IEPA (www.IEPA.org.au).

Conclusion

Bien que les recommandations internationales soient unanimes à affirmer l'importance des SIP, leur implantation est très variable dans le monde en général et dans la francophonie en particulier. Le Québec fait clairement office d'exemple avec la mise en place de nombreux programmes SIP depuis l'implication du gouvernement et l'inclusion de ces pratiques dans la politique de santé mentale de la province en 2017, ainsi que par la création d'une association organisée autour de

ces pratiques. Des changements semblent cependant être en route dans d'autres pays francophones, et la mise en place de l'IEPAf pourrait jouer un rôle catalyseur à cet égard pour qu'enfin ces pratiques dont l'utilité est maintenant clairement établie soient mises à la disposition des patients et de leurs proches.

RÉFÉRENCES

- Addington, D., Birchwood, M., Jones, P., Killackey, E., McDaid, D., Melau, M., ... Nordentoft, M. (2018). Fidelity scales and performance measures to support implementation and quality assurance for first episode psychosis services. *Early Interv Psychiatry*, 12(6), 1235-1242. doi: 10.1111/eip.12684
- Addington, D., Noel, V., Landers, M. et Bond, G. R. (2020). Reliability and Feasibility of the First-Episode Psychosis Services Fidelity Scale-Revised for Remote Assessment. *Psychiatr Serv*, 71(12), 1245-1251. doi: 10.1176/appi.ps.202000072
- Addington, D. E., Norman, R., Bond, G. R., Sale, T., Melton, R., McKenzie, E. et Wang, J. (2016). Development and Testing of the First-Episode Psychosis Services Fidelity Scale. *Psychiatr Serv*, 67(9), 1023-1025. doi: 10.1176/appi.ps.201500398
- Alameda, L., Golay, P., Baumann, P., Morandi, S., Ferrari, C., Conus, P. et Bonsack, C. (2016). Assertive outreach for "difficult to engage" patients: A useful tool for a subgroup of patients in specialized early psychosis intervention programs. *Psychiatry Res*, 239, 212-219. doi: 10.1016/j.psychres.2016.03.010
- Ayano, G., Tesfaw, G. et Shumet, S. (2019). The prevalence of schizophrenia and other psychotic disorders among homeless people: a systematic review and meta-analysis. *BMC Psychiatry*, 19(1), 370. doi: 10.1186/s12888-019-2361-7
- Baumann, P. S., Crespi, S., Marion-Veyron, R., Solida, A., Thonney, J., Favrod, J., ... Conus, P. (2013). Treatment and early intervention in psychosis program (TIPP-Lausanne): Implementation of an early intervention programme for psychosis in Switzerland. *Early Interv Psychiatry*, 7(3), 322-328. doi: 10.1111/eip.12037
- Belling, R., Whittcock, M., McLaren, S., Burns, T., Catty, J., Jones, I. R., ... Group, E. (2011). Achieving continuity of care: facilitators and barriers in community mental health teams. *Implement Sci*, 6(23), 1-7. doi: 10.1186/1748-5908-6-23
- Bennett, M., Piscitelli, S., Goldman, H., Essock, S. et Dixon, L. (2014). Coordinated Specialty Care for First Episode Psychosis - Manual II: Implementation (p. 79). Rockville, Md: National Institute of Mental Health.
- Bertulies-Esposito, B., Iyer, S. et Abdel-Baki, A. (2022). The Impact of Policy Changes, Dedicated Funding and Implementation Support on Early Intervention Programs for Psychosis. *Can J Psychiatry*, 7067437211065726. <https://doi.org/10.1177/07067437211065726>
- Bertulies-Esposito, B., Nolin, M., Iyer, S. N., Malla, A., Tibbo, P., Otter, N., ... Abdel-Baki, A. (2020). Ou en sommes-nous? An Overview of Successes and Challenges after 30 Years of Early Intervention Services for Psychosis in Quebec: Ou en sommes-nous? Un aperçu des réussites et des problèmes après 30 ans de

- services d'intervention précoce pour la psychose au Québec. *Can J Psychiatry*, 65(8), 536-547. doi: 10.1177/0706743719895193
- Bourque, F., van der Ven, E. et Malla, A. (2011). A meta-analysis of the risk for psychotic disorders among first- and second-generation immigrants. *Psychol Med*, 41(5), 897-910. doi: 10.1017/S0033291710001406
- Brooks, H., Pilgrim, D. et Rogers, A. (2011). Innovation in mental health services: what are the key components of success? *Implement Sci*, 6(120), 1-10. doi: 10.1186/1748-5908-6-120
- Butler, M. (2013). Major Expansion for headspace as EPPIC moves forward. Repéré le 2018-09-07 à <http://www.acmhn.org/86-news-and-info/latest-news?start=6>
- Cocchi, A., Cavicchini, A., Collavo, M., Ghio, L., Macchi, S., Meneghelli, A. et Preti, A. (2018). Implementation and development of early intervention in psychosis services in Italy: a national survey promoted by the Associazione Italiana Interventi Precoci nelle Psicosi. *Early Interv Psychiatry*, 12(1), 37-44. doi: 10.1111/eip.12277
- Conus, P., Abdel-Baki, A., Krebs, M. O., Armando, M., Bourgin, J., Haesebaert, F., ... Solida, A. (2019). Mieux diffuser le savoir et l'expérience relative à l'intervention précoce dans les troubles psychiatriques: création d'une branche francophone de l'IEPA. *L'information psychiatrique*, 95(3), 155-158. doi: 10.1684/ipe.2019.1924
- Conus, P., Polari, A. et Bonsack, C. (2010). 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*, 86, 145-151. doi: 10.1684/ipe.2010.0591
- Csillag, C., Nordentoft, M., Mizuno, M., Jones, P. B., Killackey, E., Taylor, M., ... McDaid, D. (2016). Early intervention services in psychosis: from evidence to wide implementation. *Early Interv Psychiatry*, 10(6), 540-546. doi: 10.1111/eip.12279
- Csillag, C., Nordentoft, M., Mizuno, M., McDaid, D., Arango, C., Smith, J., ... Jones, P. B. (2018). Early intervention in psychosis: From clinical intervention to health system implementation. *Early Interv Psychiatry*, 12(4), 757-764. doi: 10.1111/eip.12514
- Department of Health. (2001). The Mental Health Policy Implementation Guide. London.
- Di Forti, M., Quattrone, D., Freeman, T. P., Tripoli, G., Gayer-Anderson, C., Quigley, H., ... van der Ven, E. (2019). The contribution of cannabis use to variation in the incidence of psychotic disorder across Europe (EU-GEI): a multicentre case-control study. *The Lancet Psychiatry*, 6(5), 427-436. doi: 10.1016/s2215-0366(19)30048-3
- Dorsaz, O., Badan Ba, M., Chantraine, F. et Curtis, L. (2017). [Early intervention for emerging mental illness in young adults: the Geneva model]. *Rev Med Suisse*, 13(575), 1597-1600.
- Durbin, J., Selick, A., Langill, G., Cheng, C., Archie, S., Butt, S. et Addington, D. E. (2019). Using Fidelity Measurement to Assess Quality of Early Psychosis Intervention Services in Ontario. *Psychiatr Serv*, 70(9), 840-844. doi: 10.1176/appi.ps.201800581

- Dusenbury, L., Brannigan, R., Falco, M. et Hansen, W. B. (2003). A review of research on fidelity of implementation: implications for drug abuse prevention in school settings. *Health Educ Res*, 18(2), 237-256. doi: 10.1093/her/18.2.237
- Early Intervention in Psychosis Network (EIPN). (2016). Standards for Early Intervention in Psychosis Services. Dans F. Brightey-Gibbons, S. Hodge et L. Palmer (dir.), (p. 62). London : Royal College of Psychiatrists.
- Early Psychosis Guidelines Writing Group and EPPIC National Support Program. (2016). Australian Clinical Guidelines for Early Psychosis (2^e éd., p. 133). Melbourne: Orygen, The National Centre of Excellence in Youth Mental Health.
- Ehmann, T., Hanson, L., Yager, J., Dolazell, K. et Gilbert, M. (2010). Standards and Guidelines for Early Psychosis Intervention (EPI) Programs (p. 105): British Columbia Ministry of Health Services.
- El Oussoul, S., Haesebaert, J., Leaune, E. et Haesebaert, F. (2020). From Knowledge Transfer to Action: An Example of a Community of Practice for First-Episode Psychosis in Lyon, France. *Psychiatr Serv*, 71(9), 975-978. doi: 10.1176/appi.ps.201900568
- Ferrari, M., Iyer, S., Leblanc, A., Villemus, C., Rabouin, D., Roy, M.-A. et Abdel-Baki, A. (en préparation). *A rapid learning health system to support implementation of early intervention services for psychosis in Quebec, Canada: study protocol*. Document inédit.
- Fusar-Poli, P., Salazar de Pablo, G., Correll, C. U., Meyer-Lindenberg, A., Millan, M. J., Borgwardt, S., ... Arango, C. (2020). Prevention of Psychosis: Advances in Detection, Prognosis, and Intervention. *JAMA Psychiatry*, 77(7), 755-765. doi: 10.1001/jamapsychiatry.2019.4779
- Gilbert, M. et Jackson, O. (2014). Proposition de guide à l'implantation des équipes de premier épisode psychotique (p. 17). Montréal: Centre national d'excellence en santé mentale.
- Gozlan, G., Meunier-Cussac, S., Lecardeur, L., Duburcq, A. et Courouve, L. (2018). Prise en charge précoce des premiers épisodes psychotiques en France: cartographie des programmes spécialisés en 2017. *L'information psychiatrique*, 94, 393-401. doi: 10.1684/ipe.2018.1815
- Haute Autorité de santé. (2007). Guide - Affection de longue durée - Schizophrénies. Paris: Haute Autorité de santé Service communication.
- Hetrick, S. E., O'Connor, D. A., Stavely, H., Hughes, F., Pennell, K., Killackey, E. et McGorry, P. D. (2018). Development of an implementation guide to facilitate the roll-out of early intervention services for psychosis. *Early Interv Psychiatry*, 12(6), 1100-1111. doi: 10.1111/eip.12420
- Jones, A. M., Shealy, K. M., Reid-Quinones, K., Moreland, A. D., Davidson, T. M., Lopez, C. M., ... de Arellano, M. A. (2014). Guidelines for establishing a tele-mental health program to provide evidence-based therapy for trauma-exposed children and families. *Psychol Serv*, 11(4), 398-409. doi: 10.1037/a0034963
- Kaiser, S., Berger, G., Conus, P., Kawohl, W., Müller, T. J., Schimmelmänn, B. G., ... Seifritz, E. (2018). Recommandations thérapeutiques de la SSPP pour le traitement de la schizophrénie. Repéré le 2021-03-18 2021 à <https://medicalforum.ch/fr/detail/doi/smf.2018.03303>

- Krebs, M. O. (2019). Le réseau Transition : une initiative nationale pour promouvoir l'intervention précoce des psychoses débutantes chez l'adolescent et l'adulte jeune. *L'information psychiatrique*, 95(8), 667-671. doi: 10.1684/ipe.2019.2011
- L'Heureux, S., Nicole, L., Abdel-Baki, A., Roy, M. A., Gingras, N. et Demers, M. F. (2007). [Improving detection and treatment of early psychosis in Quebec: the Quebec association of early psychosis (l'Association québécoise des programmes pour premiers épisodes psychotiques, AQPPEP), sees to it]. *Santé Ment Que*, 32(1), 299-315. doi: 10.7202/016522ar
- La Presse Canadienne. (2017, 2017-04-29). Québec investit 26,5 millions en santé mentale. *Le Devoir*. Repéré à <https://www.ledevoir.com/societe/sante/497541/quebec-investit-26-5-millions-en-sante-mentale>
- Lal, S., Abdel-Baki, A., Sujanani, S., Bourbeau, F., Sahed, I. et Whitehead, J. (2020). Perspectives of Young Adults on Receiving Telepsychiatry Services in an Urban Early Intervention Program for First-Episode Psychosis: A Cross-Sectional, Descriptive Survey Study. *Front Psychiatry*, 11, 117. doi: 10.3389/fpsy.2020.00117
- Lal, S. et Malla, A. (2015). Service Engagement in First-Episode Psychosis: Current Issues and Future Directions. *Can J Psychiatry*, 60(8), 341-345. doi: 10.1177/070674371506000802
- Lecardeur, L., Meunier-Cussac, S. et Dollfus, S. (2018). Mobile Intensive Care Unit: A case management team dedicated to early psychosis in France. *Early Interv Psychiatry*, 12(5), 995-999. doi: 10.1111/eip.12674
- Lecardeur, L., Meunier-Cussac, S., Gozlan, G., Duburcq, A., Courouve, L. et Krebs, M. O. (2020). Prise en charge précoce des psychoses émergentes en France. Recensement, description des activités et besoins en 2018. *L'information psychiatrique*, 96(7), 569-576. doi: 10.1684/ipe.2020.2150
- Lester, H., Birchwood, M., Bryan, S., England, E., Rogers, H. et Sirvastava, N. (2009). Development and implementation of early intervention services for young people with psychosis: case study. *Br J Psychiatry*, 194(5), 446-450. doi: 10.1192/bjp.bp.108.053587
- Lester, H., Birchwood, M., Bryan, S., Jones-Morris, N., Kaambwa, B., Richards, J., ... Tzemou, E. (2006). EDEN: Evaluating the Development and Impact of Early Intervention Services (EISs) in the West Midlands (p. 284). London: National Coordinating Centre for the Service Delivery and Organisation.
- Mancini, A. D., Moser, L. L., Whitley, R., McHugo, G. J., Bond, G. R., Finnerty, M. T. et Burns, B. J. (2009). Assertive community treatment: facilitators and barriers to implementation in routine mental health settings. *Psychiatr Serv*, 60(2), 189-195. doi: 10.1176/ps.2009.60.2.189
- Martin, J. (2017). Mise en place d'un centre d'intervention précoce dédié à la prise en soins des troubles psychotiques débutants. *L'information psychiatrique*, 93(10), 865-870. doi: 10.1684/ipe.2017.1727
- Mascayano, F., Nossel, I., Bello, I., Smith, T., Ngo, H., Piscitelli, S., ... Dixon, L. (2019). Understanding the implementation of coordinated specialty Care for Early Psychosis in New York state: A guide using the RE-AIM framework. *Early Interv Psychiatry*, 13(3), 715-719. doi: 10.1111/eip.12782
- McDaid, D., Park, A.-I., Iemmi, V., Adelaja, B., Knapp, M., Park, A.-I. et Knapp, M. (2016). *Growth in the use of early intervention for psychosis services: An opportunity to promote recovery amid concerns on health care sustainability*, London.

- McDonald, K., Ding, T., Ker, H., Dliwayo, T. R., Osborn, D. P. J., Wohland, P., ... Kirkbride, J. B. (2021). Using epidemiological evidence to forecast population need for early treatment programmes in mental health: a generalisable Bayesian prediction methodology applied to and validated for first-episode psychosis in England. *Br J Psychiatry Suppl*, 219(1), 383-391. doi: 10.1192/bjp.2021.18
- McGorry, P. (1993). Early psychosis prevention and intervention centre. *Australas Psychiatry*, 1(1), 32-34. doi: 10.3109/10398569309081303
- McGorry, P. D. (2015). Early intervention in psychosis: obvious, effective, overdue. *J Nerv Ment Dis*, 203(5), 310-318. doi: 10.1097/NMD.0000000000000284
- Melau, M. (2016). OPUS Fidelity Rapport 2016 (p. 16). København: Psykiatrisk Center København.
- Melau, M., Albert, N. et Nordentoft, M. (2019). Development of a fidelity scale for Danish specialized early interventions service. *Early Interv Psychiatry*, 13(3), 568-573. doi: 10.1111/eip.12523
- Melton, R., Blea, P., Hayden-Lewis, K. A., Penkin, A., Roberts, M., Sale, T. et Sisko, S. (2013). Practice Guidelines for Oregon Early Assessment and Support Alliance (EASA) (p. 88).
- Mignot, T., Bazille, M.-t., Bernardin, F., Schwan, R., Libbey, J., Eurotext, L., ... Laprevote, V. (2018). Le Centre de liaison et d'intervention précoce (CLIP): l'exemple nancéen d'un partenariat avec la Maison des adolescents dans la prise en charge précoce des psychoses émergentes. *L'information psychiatrique*, 94, 520-526. doi: 10.1684/ipe.2018.1833
- Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2015). Plan d'action en santé mentale 2015-2020 (p. 82). Québec, Canada: Gouvernement du Québec.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2017). Cadre de référence: Programmes d'interventions pour premiers épisodes psychotiques (PPEP) (p. 56). Québec, Canada: Gouvernement du Québec.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2020, 2020-12-01). Le ministre Lionel Carmant annonce un financement de 10 M\$ permettant d'offrir un meilleur accès aux services destinés aux jeunes ayant de premiers épisodes psychotiques. Repéré le 2021-01-08 2021 à <https://www.msss.gouv.qc.ca/ministere/salle-de-presse/communiqué-2481/>
- Moser, L. L., Deluca, N. L., Bond, G. R. et Rollins, A. L. (2004). Implementing evidence-based psychosocial practices: lessons learned from statewide implementation of two practices. *CNS Spectr*, 9(12), 926-936. doi: 10.1017/s1092852900009780
- Mueser, K. T., Meyer-Kalos, P. S., Glynn, S. M., Lynde, D. W., Robinson, D. G., Gingerich, S., ... Kane, J. M. (2019). Implementation and fidelity assessment of the NAVIGATE treatment program for first episode psychosis in a multi-site study. *Schizophr Res*, 204, 271-281. doi: 10.1016/j.schres.2018.08.015
- National Collaborating Centre for Mental Health. (2013). Psychosis and Schizophrenia in Children and Young People: The NICE Guideline on Recognition and Management (p. 509). Leicester: The British Psychological Society and The Royal College of Psychiatrists.
- National Institute for Health and Care Excellence. (2016). Implementing the Early Intervention in Psychosis Access and Waiting Time Standard: Guidance (p. 57). London, United Kingdom.

- Nordentoft, M., Melau, M., Iversen, T., Petersen, L., Jeppesen, P., Thorup, A., ... Jorgensen, P. (2015). From research to practice: how OPUS treatment was accepted and implemented throughout Denmark. *Early Interv Psychiatry*, 9(2), 156-162. doi: 10.1111/eip.12108
- Oppetit, A., Bourgin, J., Martinez, G., Kazes, M., Mam-Lam-Fook, C., Gaillard, R., ... Krebs, M. O. (2018). The C'JAAD: a French team for early intervention in psychosis in Paris. *Early Interv Psychiatry*, 12(2), 243-249. doi: 10.1111/eip.12376
- Perkins, D. O., Gu, H., Boteva, K. et Lieberman, J. A. (2005). Relationship between duration of untreated psychosis and outcome in first-episode schizophrenia: a critical review and meta-analysis. *Am J Psychiatry*, 162(10), 1785-1804. doi: 10.1176/appi.ajp.162.10.1785
- Schmidt, S. J., Schultze-Lutter, F., Schimmelmann, B. G., Maric, N. P., Salokangas, R. K., Riecher-Rossler, A., ... Ruhrmann, S. (2015). EPA guidance on the early intervention in clinical high risk states of psychoses. *Eur Psychiatry*, 30(3), 388-404. doi: 10.1016/j.eurpsy.2015.01.013
- Schultze-Lutter, F., Michel, C., Schmidt, S. J., Schimmelmann, B. G., Maric, N. P., Salokangas, R. K., ... Klosterkotter, J. (2015). EPA guidance on the early detection of clinical high risk states of psychoses. *Eur Psychiatry*, 30(3), 405-416. doi: 10.1016/j.eurpsy.2015.01.010
- Simon, A. E., Theodoridou, A., Schimmelmann, B., Schneider, R. et Conus, P. (2012). The Swiss Early Psychosis Project SWEPP: a national network. *Early Interv Psychiatry*, 6(1), 106-111. doi: 10.1111/j.1751-7893.2011.00322.x
- van Os, J., Hanssen, M., Bijl, R. V. et Vollebergh, W. (2001). Prevalence of psychotic disorder and community level of psychotic symptoms: an urban-rural comparison. *Arch Gen Psychiatry*, 58(7), 663-668. doi: 10.1001/archpsyc.58.7.663

Intervention précoce pour les premiers épisodes psychotiques d'hier à demain : comment relever les défis liés à son déploiement pour en maximiser les bénéfices ?

Ashok Malla^a

Marc-André Roy^b

Amal Abdel-Baki^c

Philippe Conus^d

Patrick McGorry^e

RÉSUMÉ Objectifs L'émergence de l'intervention précoce pour les premiers épisodes psychotiques (PEP), dans les années 90, représente une avancée majeure en santé mentale. On a démontré qu'en offrant des interventions intensives adaptées

-
- a. MD Psychiatre, MBBs; MRCPsych; FRCPC; FCAHS, Professeur titulaire (Emeritus), Faculté de médecine, Département de psychiatrie, Université McGill, Montréal.
 - b. MD Psychiatre, M. Sc., FRCPC, Professeur titulaire, Faculté de médecine, Université Laval – Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de la Capitale-Nationale (Institut universitaire en santé mentale de Québec) — Centre de recherche CERVO, Québec.
 - c. Professeure titulaire, Département de psychiatrie et d'addictologie, Université de Montréal – Psychiatre, chef du Service de santé mentale jeunesse et de la Clinique JAP du Centre hospitalier de l'Université de Montréal (CHUM) – Chercheure, Centre de recherche du CHUM, Montréal – Présidente de l'AQPPEP.
 - d. Psychiatre, MD, Chef du Service de psychiatrie générale, Traitement et intervention précoce pour la psychose, Centre hospitalier universitaire vaudois, Lausanne.
 - e. Psychiatre, MD Ph. D., FRCP, Professeur de santé mentale Jeunesse, University of Melbourne, Directeur exécutif de ORYGEN, Melbourne.

aux besoins spécifiques des jeunes dès le début du PEP, il devenait possible de durablement améliorer leur évolution ultérieure. Ce modèle d'intervention précoce pour la psychose (IPP) s'accompagne d'une révision en profondeur des conceptions des troubles psychotiques et d'un changement majeur de philosophie de soins. L'objectif du présent article est d'offrir une perspective historique du développement de l'IPP, d'aborder les défis liés à son implantation et d'offrir des pistes de solutions.

Méthodes Consensus d'experts identifiant les défis les plus saillants dans l'implantation de l'IPP et proposant des solutions les plus applicables possible, selon leur appréciation de la littérature pour y remédier.

Résultats Pour optimiser l'implantation et l'efficacité des PPEP, 7 pistes ont été identifiées : 1) Mieux cibler les populations plus difficiles à rejoindre et systématiser l'intégration à un PPEP de tous les patients consultant pour un PEP ; 2) La réduction de la durée de la psychose non traitée doit être un objectif majeur des PPEP, nécessitant notamment des efforts de détection précoce par la sensibilisation du public, la formation des professionnels de 1^{re} ligne et l'amélioration des processus et délais d'accès au traitement ; 3) Les mesures visant à maintenir l'engagement des patients au suivi doivent être appliquées systématiquement ; 4) La participation des familles devra être soutenue plus activement par les équipes tout au long du suivi, notamment par la mise en place de stratégies pour favoriser son acceptation par les patients ; 5) Des recherches futures permettront de mieux comprendre comment moduler la durée et l'intensité du suivi PPEP en fonction des profils des patients, afin notamment de maintenir à plus long terme les résultats atteints durant le PPEP ; 6) Les modalités de prise en charge des états mentaux à risque demeurent à clarifier, tant en termes des approches à leur offrir que de la structure de soins qui serait la plus appropriée pour les accueillir ; 7) Il faut poursuivre l'implantation des PPEP, notamment au sein de la francophonie, qui en est à des stades très différents d'un pays à l'autre et à l'intérieur même de chaque pays.

Conclusion Les PPEP améliorent le devenir des jeunes aux prises avec un PEP tant sur le plan du rétablissement, de la mortalité que du suicide. Les solutions suggérées aux défis survenant dans le processus de leur déploiement à grande échelle doivent être opérationnalisées afin que ces soins soient accessibles au plus grand nombre en temps opportun, pour maximiser leur impact au niveau populationnel.

MOTS CLÉS intervention précoce pour la psychose, implantation à large échelle, premier épisode psychotique, durée de psychose non traitée, état mental à risque de psychose, engagement

Early Intervention for Psychosis from Past to Future: Overcoming Implementation Challenges to Maximize its Impact?

ABSTRACT Objectives The emergence of early intervention for first episode psychosis (FEP) in the 1990s represents a major advance in mental health. It was demonstrated that by providing intensive interventions tailored to the specific needs of youth at the onset of FEP, it became possible to sustainably improve their subsequent course. This model of early intervention for psychosis (EIP) is accompanied by a major revision of conceptions of psychotic disorders and a major change in philosophy of care. The purpose of this article is to provide a historical perspective on the development of EIP, to discuss the challenges associated with its implementation, and to offer possible solutions.

Methods Experts consensus identifying the most salient challenges in implementing Early intervention for psychosis, and proposing the most feasible solutions, based on their assessment of the literature to address them.

Results To optimize the implementation and efficiency of EIP programs, 7 avenues were identified: 1) Better targeting of hard-to-reach populations and systematizing the admission of all FEP patients in EIP programs. 2) Reducing the duration of untreated psychosis should be a major goal of EIP programs, requiring early detection efforts through public awareness, training of front-line professionals, and improving treatment access processes and delays. 3) Measures to maintain patient engagement in a follow-up should be implemented systematically. 4) Family involvement should be more actively supported by teams throughout follow-up, including strategies to promote patient acceptance of their involvement. 5) Future research will provide a better understanding of how to modulate the duration and intensity of EIP follow-up according to patient profiles, in particular in order to maintain the results achieved during PPEP over the longer term. 6) The modalities for managing at-risk mental states remain to be clarified, both in terms of the approaches to be offered to them and the health care structure that would be most appropriate to accommodate them. 7) The implementation of EIP programs must be continued, particularly in the French-speaking world, which is at very different stages from one country to another and even within each country.

Conclusion EIP improve the outcomes of youth with FEP in terms of recovery, mortality and suicide. Solutions to challenges encountered in their widespread implementation must be operationalized to ensure that this care is accessible to the greatest number of people in a timely manner to maximize its impact at the population level.

KEYWORDS early intervention for psychosis, large-scale implementation, first episode psychosis, duration of untreated psychosis, at risk mental state, patient engagement, family engagement

Introduction

Par son ampleur, le déploiement des programmes d'intervention précoce pour premiers épisodes psychotiques (PPEP) au cours des dernières décennies représente probablement le développement le plus important dans le traitement non seulement de la psychose, mais des problèmes de santé mentale en général. L'objectif de cet article est d'établir un consensus quant à l'état actuel de l'implantation de l'intervention précoce en psychose (IPP), aux données probantes sur lesquelles elle s'appuie, et d'aborder les défis et les solutions liés à son implantation.

Méthode

Les auteurs sont des experts en IPP qui ont consacré leur carrière aux soins et à la recherche en IPP depuis plus de 2 décennies. Ils ont été sélectionnés pour leur leadership dans le développement, l'implantation et l'évaluation de l'intervention précoce pour la psychose, depuis les débuts de cette approche jusqu'à ce jour, tant au niveau international, que canadien, québécois ou au niveau de la francophonie. Après que les auteurs se soient entendus sur les thématiques les plus saillantes à aborder, A. Malla a rédigé un premier jet d'une majeure partie du manuscrit et chaque coauteur a rédigé le premier jet d'une section particulière du manuscrit qui lui fut attribuée par le groupe, en fonction de son expertise particulière, et proposé les références appropriées. Tous les coauteurs ont relu, commenté l'article, ajouté les références pertinentes. L'article fut ajusté en conséquence jusqu'à ce qu'un consensus soit obtenu après plusieurs cycles de relecture par tous les coauteurs. Les premières versions de l'article ont été rédigées en anglais, puis la version finale fut traduite par A. Abdel-Baki et M.-A. Roy qui ont également procédé à plusieurs relectures afin de s'assurer d'avoir respecté le texte de la version initiale.

Qu'est-ce que l'intervention précoce pour la psychose (IPP)?

Avant l'émergence de l'IPP, des études avaient mis en lumière l'insuffisance, voire l'absence, d'offre de traitement intégrée pour les premiers épisodes psychotiques (PEP). Les interventions psychosociales avec des preuves de niveau 1 (p. ex. interventions familiales, thérapie cognitivo-comportementale [TCC], gestion de cas) étaient peu disponibles,

l'accent était mis sur le traitement des symptômes psychotiques, ou au mieux, sur la « réhabilitation » des patients en fonction de leurs déficits, plutôt que sur un authentique rétablissement (Leucht et Lasser, 2006). Cette relative négligence des stades précoces de la maladie, en plus d'être contre-intuitive vu la plus grande probabilité de réponses propre aux phases précoces de maladies, a alimenté un nihilisme thérapeutique ayant prévalu pendant des décennies, soutenu par des systèmes de classification diagnostique tel le Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM-III-R) (McGorry, Purcell et coll., 2007), qui adoptaient une vision kraepelinienne de la schizophrénie.

Pour répondre à ces lacunes, le modèle de l'IPP a été développé, ses 2 composantes principales étant, premièrement, la combinaison des modalités thérapeutiques démontrées efficaces, offertes principalement par le biais d'une forme adaptée de *case management*, et, deuxièmement, l'instauration du traitement le plus rapidement possible après le début du PEP. (Malla et Norman, 2001; McGlashan et Johannessen, 1996) En effet, constatant l'évolution défavorable des patients dont le traitement avait été retardé par rapport à ceux qui l'avaient reçu plus tôt (Wyatt, 1991), la durée entre l'éclosion des premiers symptômes psychotiques et le début du traitement, appelée « durée de la psychose non traitée » (DPNT; DUP en anglais) est devenue une priorité de recherche (Norman et Malla, 2001). Une abondante littérature a confirmé les conséquences de la DPNT sur de multiples dimensions du devenir des personnes affectées, ainsi que la multidimensionnalité de ce phénomène et des méthodes pour le réduire (Marshall et coll., 2005; Penttilä et coll., 2013). Des efforts ciblant la réduction de la DPNT par l'instauration rapide du traitement ont ensuite mené au développement de recherches, en amont du PEP, sur la détection et l'intervention auprès des personnes présentant un état mental à risque (EMR) de psychose. Pour répondre aux besoins spécifiques des jeunes atteints de PEP et leurs proches, les PPEP offrent un ensemble d'interventions axées sur le rétablissement tenant compte du jeune âge des patients et du stade précoce de leur maladie, ces interventions incluant notamment des médicaments antipsychotiques de deuxième génération à faible dose, de l'intervention familiale, de la TCC, du soutien à l'emploi et à la scolarisation, un traitement intégré de la toxicomanie, et, parfois, de la remédiation cognitive, le tout dans le cadre d'un modèle de soins organisés autour d'un gestionnaire de cas, avec un faible ratio patients-thérapeute.

La plupart des PPEP sont des entités indépendantes au sein d'un système plus vaste, bien que dans certains cas l'IPP soit offerte via d'autres mécanismes et systèmes, tels que les soins de santé mentale communautaires, et ceux de première ligne (Dixon et coll., 2018; Renwick et coll., 2008) ou, plus récemment au Québec, les équipes *Flexible assertive community treatment* (FACT) (Lagacé, 2019). Ces dernières sont des équipes interdisciplinaires qui combinent des services de proximité et des soins de différents niveaux d'intensité pour les maladies mentales graves. Dans de telles équipes, les mêmes professionnels peuvent offrir soit le Suivi intensif dans le milieu (SIM, ou ACT en anglais), soit une approche moins intensive, basée sur la gestion de cas, qui peut inclure l'IPP, selon les besoins de la personne à un moment donné. Ce modèle s'avère être adapté aux régions rurales où la densité de population ne permet pas de créer des équipes distinctes pour chacun de ces niveaux d'intensité (Nugter et coll., 2016).

Preuves à l'appui de l'IPP et de sa mise en œuvre

Des méta-analyses regroupant plusieurs essais contrôlés randomisés (ECR) soutiennent l'efficacité supérieure de l'IPP (tailles d'effets faibles à modérées) sur les taux de rémission symptomatique, la sévérité des symptômes positifs et négatifs résiduels, les taux de rechute et d'hospitalisations, l'autonomie résidentielle, le fonctionnement social et professionnel ainsi que la satisfaction à l'égard des services (Correll et coll., 2018; Marshall et Rathbone, 2011), tout ceci avec un coût-efficacité favorable (Hegelstad et coll., 2012; McCrone et coll., 2010; Mihalopoulos et coll., 2009; Rosenheck et coll., 2016). Des études suggèrent aussi un impact positif de l'IPP sur la réduction des taux de suicide (Chan et coll., 2018; Harris et coll., 2008; Nordentoft et coll., 2015). Toutefois, ces ECR se sont concentrés sur l'évaluation des PPEP en tant qu'ensemble d'interventions, et non sur chacune de ses composantes, et ne comportaient pas de mesures pour diminuer la DPNT.

L'accumulation de ces données probantes au fil des ans, a mené à un déploiement des PPEP à divers endroits dans le monde. Ce déploiement reposa initialement sur des initiatives individuelles, portées par le leadership de cliniciens, de chercheurs et d'organismes de patients et de familles, et, par la suite, leurs plaidoyers combinés ont permis des répercussions sur le plan politique. Ainsi, l'incorporation du déploiement des PPEP dans les politiques nationales de santé mentale a commencé au début des années 2000 au Royaume-Uni (Joseph et

Birchwood, 2005) puis en Australie, dans de nombreux pays européens et asiatiques (Hongkong, Singapour) et dans plusieurs provinces et un territoire (Yukon) canadiens. Au Québec, ces efforts se sont traduits par l'adoption du Cadre de référence pour les PPEP (ministère de la Santé et des Services sociaux, 2019) et le déploiement de PPEP sur l'ensemble du territoire. Quoique la plupart des PPEP aient été développés dans des systèmes de soins financés par l'État, des réformes similaires ont néanmoins été réalisées dans divers systèmes de santé, grâce notamment à des projets de recherche tels que le *Recovery After an Initial Schizophrenia Episode* (RAISE, États-Unis) (Dixon et coll., 2018), ce modèle ayant été par la suite déployé à grande échelle, et grâce à celui de la Schizophrenia Research Foundation (SCARF, Inde), qui ne fut malheureusement pas largement disséminé (Malla et coll., 2020). Ainsi, les PPEP demeurent l'apanage de pays à revenu élevé, et, même dans ces derniers, ils n'ont pas fait l'objet d'une acceptation et d'une promotion universelles, quelques universitaires exprimant des doutes quant à leur pertinence, doutes peu étayés par des données scientifiques (Amos, 2019; Malla et Pelosi, 2010; Pelosi et Birchwood, 2003).

Les défis de l'IPP entravant leurs bénéfices populationnels

Une limitation des ECR est qu'ils ne traduisent pas nécessairement tous les impacts possibles des PPEP en dehors d'un contexte de recherche ni les défis soulevés par leur implantation à grande échelle. Si des études utilisant des devis dits « pragmatiques » ont confirmé l'efficacité supérieure des PPEP (p. ex. RAISE) dans des contextes reflétant la réalité clinique usuelle, leur implantation soulève plusieurs défis qui, s'ils étaient relevés, augmenteraient leurs retombées. Dans cette section, nous allons aborder les enjeux les plus marquants, ainsi que des solutions possibles.

1. Les PPEP accueillent-ils tous les nouveaux cas de psychose ?

Pour augmenter leurs bénéfices sur le plan populationnel, les PPEP devraient desservir la totalité des personnes présentant un PEP sur le territoire qu'ils couvrent. Or, la proportion des cas incidents de psychoses référés à un PPEP est rarement documentée. Ainsi, une étude canadienne récente a démontré que les taux d'incidence annuels réels estimés de psychose non affective (90 pour 100 000) pourraient être presque le double des taux d'incidence de nouveaux patients référés (50 pour 100 000) et près de 5 fois plus élevés que les taux d'incidence

des cas traités dans un PPEP (19 pour 100 000) (Anderson et coll., 2019). Ceci a des conséquences dramatiques puisque, comparés aux PEP bénéficiant d'un PPEP, ceux qui n'en bénéficient pas ont un taux de mortalité (toutes causes confondues) 4 fois plus élevé au cours des 2 premières années après la première hospitalisation pour psychose (Anderson et coll., 2018 a), correspondant à un ratio NNT (nombre nécessaire pour traiter) de 40. Ces données, qui proviennent pourtant d'un PPEP bien rodé, suggèrent que les PPEP doivent cibler particulièrement leurs efforts de détection sur les personnes vivant dans des secteurs socialement défavorisés, les femmes et les personnes souffrant de toxicomanie en comorbidité, en maximisant l'accès à l'évaluation par un psychiatre (celle-ci augmentant la probabilité de suivi au PPEP) et en n'excluant pas du PPEP les patients souffrant d'une psychose potentiellement induite par une substance (Anderson et coll., 2018b). Ainsi, la proportion des PEP traités par les PPEP doit être maximisée.

Bien que la plupart des PPEP doivent rendre compte de leur volume d'activité à leur bailleur de fonds, leurs ressources sont rarement allouées en fonction du taux réel d'incidence de PEP dans la région desservie. À l'image du Royaume-Uni, les ressources devraient être allouées aux PPEP selon l'estimation épidémiologique des besoins de la population locale (Kirkbride et coll., 2012; McDonald et coll., 2021), selon les caractéristiques de cette dernière concernant les facteurs influençant les taux d'incidence, comme le degré d'urbanité, la proportion d'immigrants, la répartition des groupes d'âge, le niveau socioéconomique).

2. La durée de la psychose non traitée (DPNT)

2.1 La DPNT et les facteurs associés

L'une des bases conceptuelles fondatrices du PPEP est l'association forte, maintes fois reproduite dans différents contextes (continents, environnements), entre une plus longue DPNT et une moins bonne évolution clinique, sociale, professionnelle et des coûts plus importants, cette association persistant plusieurs années après le début du traitement (Dama et coll., 2019; Groff et coll., 2020; Hegelstad et coll., 2012; Marshall et coll., 2005; Rosenheck et coll., 2016). Bien qu'il y ait une certaine influence de caractéristiques non modifiables (tel que le niveau de fonctionnement prémorbide) sur la DPNT, cette association s'avère indépendante d'autres facteurs influençant l'évolution, ce qui suggère un lien de causalité. Quoique la DPNT observée soit de l'ordre

de 1 à 2 ans en l'absence de programmes de détection précoce, elle demeure élevée jusqu'à maintenant, même dans les pays où l'IPP est bien établie (p. ex. médiane 6 mois au Royaume-Uni) (Albert et coll., 2017 a; Birchwood et coll., 2013; Kane et coll., 2016). Au-delà des conséquences d'une longue DPNT sur l'évolution, la souffrance de la personne et de sa famille devrait être une raison suffisante pour viser sa réduction, à l'image de la détection précoce des cancers ou des maladies cardiaques, qui vise non seulement à améliorer le pronostic, mais aussi à éviter la souffrance.

Bien qu'il n'y ait pas de consensus scientifique quant à la définition exacte d'un seuil critique de DPNT, l'Organisation mondiale de la santé et l'International Early Psychosis Association (IEPA, maintenant nommée IEPA Early Intervention in Mental Health) recommandent que les PPEP tentent de réduire la DPNT à ≤ 12 semaines. Ainsi, un récent ECR a rapporté des conséquences cliniques et économiques positives de la prolongation de l'IPP pour 3 années supplémentaires après un PPEP de 2 ans (5 ans totaux d'IPP), plus spécifiquement pour les personnes dont la DPNT était plus courte (≤ 12 semaines) (Dama et coll., 2019). Malgré tout, même l'étude RAISE (Kane et coll., 2016), dans laquelle la DPNT médiane était beaucoup plus longue (74 semaines), a observé des bénéfices supérieurs de l'IPP lorsque la DPNT était inférieure à cette médiane.

Cette association entre une DPNT plus longue et une moins bonne évolution a motivé le développement et l'évaluation d'interventions visant à la diminuer. La plus connue est l'étude norvégienne *The Scandinavian early Treatment and Intervention in Psychosis Study* (TIPS), qui, utilisant un devis de contrôle géographique, a obtenu une DPNT médiane de 26 semaines pour la zone contrôle comparée à 4,5 semaines pour la zone qui fut exposée à une intervention massive à l'échelle de la communauté, visant l'éducation et la sensibilisation, en plus de la mise en place d'une équipe mobile de détection précoce (Johannessen et coll., 2005; Melle et coll., 2004). Cette réduction s'est traduite par une diminution de la suicidalité à l'admission et durant les 2 années de suivi (Melle et coll., 2010) et par une amélioration de l'évolution clinique et fonctionnelle jusqu'à 10 ans après l'initiation du traitement (Hegelstad et coll., 2012). Deux autres études (Compas et PEPP) (Krstev et coll., 2004; Malla et coll., 2005), ont d'abord observé, après le début des interventions d'identification précoce, une augmentation des nouveaux cas avec une longue DPNT, puis une réduction de la DPNT, comme si on avait dans un premier temps, identifié un arriéré de cas.

Ces études ont utilisé soit une combinaison d'interventions auprès du grand public et auprès des sources de référence actuelles (Malla et coll., 2005; Scholten et coll., 2003), soit des formations à toutes les sources de référence potentielles (Jordan et coll., 2018; Srihari, 2018; Srihari et coll., 2014). Ces interventions ont été incorporées dans la pratique de ces PPEP. Cependant, les interventions spécifiques pour réduire la DPNT n'ont pas été incluses dans les efforts d'implantation à grande échelle des PPEP ou se limitent à des efforts pour en améliorer l'accès sans interventions spécifiques d'identification précoce (Malla et McGorry, 2019). Cette lacune est particulièrement criante dans les juridictions où les services PPEP ne sont accessibles que via un système de triage général pour les services de santé mentale.

2.2 Comment réduire la DPNT en dehors des études expérimentales ?

Pour réduire la DPNT, il faut d'abord comprendre ses composantes, les facteurs modifiables et non modifiables qui peuvent l'influencer, ainsi que les trajectoires de soins vers les PPEP. Quoique pouvant varier d'une juridiction à l'autre, des principes généraux peuvent être utiles dans la planification stratégique visant la réduction de la DPNT. La DPNT comprend 3 composantes distinctes, soit les délais entre : 1) l'apparition des symptômes psychotiques et le premier contact avec un service d'aide, quel qu'il soit (DPNT-Aide); 2) le premier contact avec ce service jusqu'à l'orientation vers le PPEP (DPNT-Orientation); 3) la confirmation de l'orientation et le début du traitement (DPNT-Administratif) (Bechard-Evans et coll., 2007; Birchwood et coll., 2013; Srihari, 2018). Alors que la DPNT-Aide est principalement associée à des caractéristiques du patient qui sont peu malléables (p. ex. symptômes négatifs, jeune âge au début des symptômes, faible fonctionnement social prémorbide), la DPNT-Orientation est associée à des caractéristiques potentiellement plus faciles à modifier, puisqu'elle dépend entièrement du système de santé (Bechard-Evans et coll., 2007; MacDonald, Fainman-Adelman, et coll., 2018). Par exemple, alors que le premier contact avec un médecin est associé à une DPNT-Orientation plus courte (par rapport à une source non médicale telle qu'un conseiller pédagogique), la toxicomanie et un début de la psychose à l'adolescence ont l'effet inverse. Dans certaines juridictions, la DPNT-Orientation est même plus longue que la DPNT-Aide (Fridgen et coll., 2013; Lincoln et coll., 1998; Norman et coll., 2004). La DPNT-Administrative, qui contribue à une partie moindre, mais significative du retard de soins, est surtout déterminée par la présence d'une liste

d'attente dans certains PPEP (Albert et coll., 2017 a). En l'absence de telle liste, elle semble principalement associée à la présence de toxicomanie. La DPNT peut se prolonger au-delà de l'entrée dans le PPEP en raison, par exemple, de difficultés d'engagement ou de refus prolongé de recevoir les interventions efficaces ; ainsi, les PPEP doivent systématiquement s'attaquer à ces enjeux pour réduire la DPNT. L'intervention auprès des personnes présentant un EMR visait également en partie à réduire cette partie de la DPNT ; toutefois la proportion des jeunes avec EMR se présentant dans de tels services et évoluant réellement vers un trouble psychotique représente une faible proportion de la clientèle des PPEP (5 à 20 %), soulignant l'importance de peaufiner la détection précoce et l'accès rapide au sein même des PPEP.

Les trajectoires pour l'obtention de soins sont souvent tortueuses. La plupart des patients recherchent initialement de l'aide non pas pour des symptômes psychotiques, mais pour de l'anxiété, du stress, de la dépression, de la tristesse (40 %) ou des difficultés de concentration (20-30 %), alors que leurs familles cherchent de l'aide en leur nom pour des problèmes de comportement, tels qu'irritabilité, comportement perturbateur et retrait social (35 %) (Norman et coll., 2004). Selon une revue systématique, le premier contact pour obtenir de l'aide surviendrait le plus fréquemment auprès d'un médecin de famille, que ce soit avant (30-35 % des cas) ou après l'apparition de la psychose (65-70 %) (MacDonald, Fainman-Adelman et coll., 2018). Les trajectoires d'entrée dans un PPEP sont similaires, que le premier contact ait lieu avant ou après le début de la psychose bien que dans certaines juridictions, un contact avant la psychose semble faciliter une orientation plus précoce vers le PPEP (Malla et coll., 2021). Malheureusement, l'accès au PPEP se fait le plus souvent via les services d'urgence hospitalière, notamment au Canada, alors qu'une telle trajectoire de soins peut entraver l'engagement avec les services et avoir un impact sur les hospitalisations (Kelly K. Anderson et coll., 2013 ; Kelly K Anderson et coll., 2013). Par conséquent, les endroits susceptibles d'accueillir une première demande d'aide doivent savoir reconnaître les manifestations subtiles d'un PEP et bénéficier d'accès direct au PPEP. Malheureusement, cet accès direct manque aux systèmes dans lesquels les références doivent suivre plusieurs étapes, en partant du médecin de famille, vers les services de santé mentale généraux (passant souvent par un système de triage/évaluation), avant de finalement atteindre le PPEP, ce qui contribue à retarder l'initiation du traitement, chacune de ces étapes ayant ses propres délais (Birchwood et coll., 2013).

Ainsi, pour réduire la DPNT, 2 approches doivent être combinées : la détection précoce et l'accès facile et rapide à l'évaluation. La première implique une sensibilisation du grand public à la santé mentale en général et à la psychose en particulier, cette dernière pouvant alors être présentée comme l'un des plus graves problèmes de santé mentale tout en nourrissant l'espoir d'un rétablissement pour lequel l'intervention la plus rapide possible peut avoir un impact significatif. Elle comprend aussi le transfert de connaissances aux sources potentielles de référence concernant la reconnaissance des différentes présentations de la psychose, l'efficacité supérieure des PPEP, l'importance de réduire la DPNT et donc de référer rapidement. Ceci nécessite un contact direct entre les PPEP et leurs sources de référence (systèmes de santé, de services sociaux, d'éducation, organismes communautaires), auxquels un accès rapide aux PPEP doit être assuré. La deuxième approche consiste en l'accès à une évaluation rapide (dans les 72 heures) par un clinicien non-médecin du PPEP, dont la mobilité permet de mener de telles évaluations tant à l'extérieur que dans les locaux du PPEP (MacDonald, Malla et coll., 2018). Ce clinicien doit être soutenu par un psychiatre dédié du PPEP et par une politique d'acceptation rapide des patients dans le but d'initier le traitement dès que possible, réduisant ainsi la DPNT-administratif. Ceci devrait faciliter l'engagement au PPEP. Ce dernier aspect pouvant aussi être favorisé par l'implication précoce de pairs aidants (Jones et coll., 2013 ; Mead et coll., 2001 ; Sells et coll., 2006 ; Tracy et coll., 2011).

3. Désengagement du PPEP

Quoique les PPEP aient permis une augmentation des taux d'engagement des patients grâce à des efforts actifs pour le favoriser (EPGWG & EPPIC National Support Program), une proportion importante des patients (20-40 %) (Doyle et coll., 2014 ; Lal et Malla, 2015) abandonne toujours le suivi au cours des 2 premières années. Les facteurs associés au désengagement comprennent le manque d'implication de la famille, l'appartenance à une minorité ethnique, la faible adhésion aux médicaments, les antécédents judiciaires et la consommation de substances (Doyle et coll., 2014). Pour réduire le risque de désengagement, il faut accorder une attention particulière à ces facteurs en offrant des interventions précoces, efficaces et intégrées au PPEP ciblant notamment la toxicomanie et l'adhésion aux médicaments, en favorisant l'implication des proches et en adaptant les interventions aux enjeux culturels et linguistiques pour les patients de minorités ethniques (incluant les

patients autochtones et les immigrants). L'amélioration de l'engagement nécessite une compréhension des processus impliqués ; par exemple, la relation réciproque entre l'engagement et l'adhésion aux médicaments suggère de mettre l'accent simultanément sur les deux (Iyer et coll., 2020). Aussi, comme certains patients désengagés sont disposés à se réengager lorsqu'ils ressentent eux-mêmes le besoin d'aide, les PPEP doivent conserver une flexibilité administrative pour leur garder la porte ouverte, surtout s'ils refusent certains aspects du traitement (p. ex. les médicaments).

4. Le rôle des familles et des proches

Compte tenu de l'âge d'apparition du PEP, la famille est souvent impliquée dans la demande d'aide du patient et dans son soutien tout au long du traitement. L'implication des proches peut prendre différentes formes et a un impact bénéfique sur l'évolution. En effet, selon une revue Cochrane de 74 ECR (Pharoah et coll., 2010), les interventions familiales dans le traitement des troubles psychotiques permettaient une diminution du taux de rechute (risque relatif = 0,55 ; nombre nécessaire à traiter = 7) et du nombre d'hospitalisations, une amélioration de l'adhésion aux médicaments et du fonctionnement social, particulièrement pour les PEP (Camacho-Gomez et Castellvi, 2020). Bien que toutes les lignes directrices de traitement en IPP les considèrent essentielles, on ne sait pas exactement quelle proportion des familles de la clientèle bénéficie réellement de telles interventions familiales, quoique les données disponibles suggèrent que seule une portion en bénéficie. Par exemple, une étude réalisée à Montréal a rapporté que plus de 70 % des familles ont eu des contacts avec l'équipe PPEP au cours des 3 premiers mois, mais que cette proportion est tombée à moins de 40 % après 2 ans. Or, le taux de désengagement du patient était directement associé au nombre de contacts de la famille avec l'équipe PPEP, chaque mois supplémentaire de contact diminuait le taux de désengagement de 16 %. Paradoxalement, la proportion de familles pour lesquelles les gestionnaires de cas jugeaient que le contact était inutile augmentait, passant de 15 % au troisième mois à près de 40 % à partir de la fin de la première année de suivi et par la suite. Ces résultats contrastent avec ceux d'un PPEP similaire à Chennai (Inde), où les taux de participation des familles et le nombre de mois de contact étaient significativement plus élevés qu'à Montréal, avec des différences parallèles dans les taux de désengagement des patients et sur l'aggravation des symptômes négatifs (Malla et coll., 2020).

Ainsi, les données disponibles suggèrent que les PPEP doivent faire des efforts pour impliquer davantage les proches et offrir systématiquement de l'intervention familiale, tout en respectant la primauté de l'autonomie et les droits du patient (Commission de la santé mentale du Canada) (Mental Health Commission of Canada/Commission de la santé mentale du Canada, 2021) qui subordonnent la participation de ses proches à son consentement. Pour favoriser l'obtention d'un tel consentement, il est important d'informer la personne des bénéfices potentiels de la participation de ses proches au traitement sur son évolution. De plus, même si la personne s'est initialement opposée à cette participation, elle peut y consentir ultérieurement, lorsque l'alliance thérapeutique avec l'équipe est plus solide et/ou que son état s'améliore. De tels efforts, pourtant peu coûteux, peuvent contribuer significativement à une évolution favorable de la personne.

5. Dose et durée du traitement

Les suivis par les PPEP doivent avoir une durée limitée pour permettre d'accueillir de nouveaux patients. La majorité des PPEP étant financés pour offrir un suivi de 2-3 ans, certaines études suggèrent que les bénéfices obtenus au cours du PPEP puissent ne pas perdurer après sa fin lors du retour au système de soins usuels (Bertelsen et coll., 2008; Petersen et coll., 2005; Secher et coll., 2015). Ainsi, il importe de déterminer combien de temps doit durer le suivi PPEP pour maintenir ses bénéfices, et si cette durée peut être modulée selon l'hétérogénéité des caractéristiques des patients.

S'inspirant d'une étude non contrôlée démontrant que les gains réalisés au cours des 2 premières années de PPEP peuvent être maintenus en utilisant un traitement d'IPP d'intensité moindre pendant 3 années supplémentaires (Norman et coll., 2011), 3 ECR menés dans des environnements culturels et de soins très différents ont comparé la prolongation des PPEP au retour aux soins réguliers après 2 années. Alors que 2 ECR ont démontré un avantage clair de la prolongation (Chang et coll., 2015; Malla et coll., 2017), 1 autre n'en montre aucun (Albert et coll., 2017b). Cette divergence pourrait être expliquée par le choix d'issue primaire: en effet, l'étude n'ayant pas démontré d'avantages a évalué la sévérité des symptômes négatifs au début et à la fin de l'étude, alors que les 2 autres ont utilisé des mesures cliniques plus larges (rémission) et sur de multiples points de mesure (Lutgens et coll., 2015). Des différences dans les caractéristiques des patients et des systèmes de santé (notamment des «soins réguliers» offerts) où

ces ECR ont été menés peuvent également expliquer ces divergences. En effet, dans 2 de ces ECR, les patients dont la DPNT était plus courte ont davantage bénéficié de la prolongation du PPEP que ceux dont la DPNT était plus longue (Albert et coll., 2017 a; Dama et coll., 2019). Par ailleurs, les données de l'un de ces ECR (Malla et coll., 2020) suggèrent que les patients ayant obtenu rapidement de bons résultats au cours des premiers 18 mois de traitement au sein du PPEP, pourraient être transférés vers des soins réguliers (incluant ceux de première ligne) après 2 ans de suivi, tandis que les patients dont l'évolution était moins bonne à 18 mois bénéficieraient d'une prolongation du PPEP au-delà de cette période. D'autres études sont nécessaires, pour tirer des conclusions définitives concernant la durée et l'intensité optimale du suivi PPEP et la possibilité que d'autres modèles de PPEP pourraient répondre aux besoins des patients présentant des caractéristiques associées à une évolution positive précoce.

Il est possible qu'une partie des difficultés à maintenir les bénéfices obtenus grâce au PPEP vienne du fait que les systèmes de soins généraux en santé mentale sont peu adaptés et peu sensibles aux besoins des jeunes atteints de psychose et insuffisamment orientés vers le rétablissement. Un travail de « contamination » de la philosophie des PPEP, vers les équipes de soins en aval et un meilleur processus de transition entre les services à travers une approche collaborative d'accompagnement sont donc des chantiers cruciaux à mener.

Finalement, les études concernant les effets des PPEP ont relativement peu tenu compte du traitement pharmacologique. Ainsi, alors que l'introduction de la clozapine était jadis souvent réservée à des stades tardifs de la maladie, il est maintenant solidement établi que son introduction plus précoce, suite à l'émergence de la résistance au traitement, est l'un des principaux prédicteurs de son efficacité (Griffiths et coll., 2021), et plusieurs études observationnelles appuient son utilité en IPP (Williams et coll., 2017). De la même façon, alors que l'utilisation des antipsychotiques injectables à longue action survient souvent tardivement, de nombreuses études démontrent que leur efficacité est particulièrement marquée au début de la maladie (Abdel-Baki et coll., 2020; Stip et coll., 2013; Tiihonen et coll., 2018; Yung et coll., 1995), ce qui a mené des groupes d'experts, dont un du Québec, à recommander l'offre systématique de cette voie d'administration dès le PEP (Abdel-Baki et coll., 2020; Stip et coll., 2019).

6. États mentaux à risque (EMR)

Les concepts de «risque ultra élevé», puis EMR, ont été initialement développés afin d'identifier les personnes à risque de développer une psychose, puis de leur proposer des traitements visant à prévenir la «transition vers la psychose» (McGorry et coll., 2003; Yung et McGorry, 1996) (prévention indiquée). Cette approche a conduit à 2 développements principaux. Premièrement, il a été observé que ces EMR pouvaient conduire à diverses formes de psychoses (p. ex. psychoses non affectives ainsi qu'à des troubles bipolaires), a émergé le concept d'un «risque pluripotent» et de critères permettant d'identifier les jeunes à risque de développer une série de maladies mentales graves (Hartmann et coll., 2019; McGorry et coll., 2018). Deuxièmement, l'idée d'une succession de stades dans le développement des troubles, du «prodrome» au trouble complet, a permis l'émergence du concept de *staging clinique*, selon lequel les individus se situent sur un continuum de progression de la maladie où les besoins varient et où le traitement peut être adapté aux besoins (McGorry, 2007; Scott et coll., 2013) de chacun de ces stades. L'intense travail de recherche autour de ces questions est en train de remodeler notre approche du diagnostic et du traitement en psychiatrie et devrait conduire à de nouvelles façons de considérer les troubles psychiatriques.

Ce concept développé en recherche au cours des deux dernières décennies fait suite à l'effort d'identification des jeunes atteints d'EMR initialement et toujours mené dans un cadre clinique (Yung et coll., 1995). Bien qu'aucun traitement spécifique ne se soit avéré avoir de meilleurs résultats que les autres, le risque de transition vers la psychose peut être réduit significativement (de 20-30 % à 10-12 %) (McFarlane, 2011) par une ou plusieurs interventions (p. ex. TCC ou thérapie de soutien, traitement des autres troubles mentaux sous-jacents ou concomitants) ou une prise en charge psychosociale globale fondée sur les principes de la TCC. Par ailleurs, de nouvelles interventions biologiques font l'objet de recherche par le biais d'un programme de recherche global financé par le National Institute of Mental Health (NIMH), AMP® SCZ (The National Institute of Mental Health).

Jusqu'à présent, la contribution des cliniques pour EMR à la réduction de l'incidence de cas de PEP a été modeste, via la prévention de conversions vers la psychose, seule une faible proportion de patients avec un PEP, ayant été préalablement été suivis dans une clinique pour EMR. En effet, 48 à 67 % de patients PEP ont vécu un EMR sans avoir

reçu d'intervention dans une clinique pour EMR, et seuls 5 à 20 % des patients atteints de PEP sont entrés dans le PPEP par la voie de telles cliniques (Ajnakina, 2017; McGorry et coll., 2018). Le défi demeure donc de savoir comment utiliser ces connaissances naissantes sur les EMR pour réduire l'incidence des PEP.

La façon dont l'évaluation et les soins des patients avec un EMR peuvent être intégrés dans les systèmes de santé actuels devra être abordée et sera probablement un défi de mise en œuvre qui pourrait être résolu par des transformations plus larges des services de santé mentale pour les jeunes (Malla et coll., 2016; Malla et coll., 2019; McGorry, Tanti et coll., 2007). En effet, l'incorporation de l'évaluation et du traitement des EMR nécessiterait des changements substantiels à la fois dans le concept de diagnostic et dans la manière dont les PPEP et les services de santé mentale sont organisés. Des études plus en profondeur des EMR pour savoir s'ils sont spécifiques à un diagnostic, c.-à-d. différents EMR conduisant à différents diagnostics spécifiques lors de la conversion, ou si ces états sont génériques, c'est-à-dire que plusieurs diagnostics peuvent émerger d'un seul type EMR. Les résultats de ces études détermineront si nous devons poursuivre les interventions pour les EMR dans des programmes spécialisés tels que les PPEP ou plutôt dans des programmes généraux de santé mentale pour les jeunes (p. ex. Headspace, ACCESS Open Minds et le nouveau programme québécois Aires Ouvertes), ces structures étant possiblement plus appropriées pour répondre aux besoins généraux de cette clientèle à risque de troubles mentaux divers.

7. Poursuite de l'implantation à large échelle dans le monde, incluant la francophonie

L'implantation à large échelle au plan international a été grandement nourrie par la communauté scientifique qu'est l'IEPA, regroupant chercheurs, cliniciens, membres de famille, patients partenaires œuvrant dans le domaine. Ce regroupement a permis non seulement le partage des connaissances, notamment celles autour de l'implantation du modèle, mais a joué un rôle majeur afin de soutenir les efforts de militantisme pour le développement l'IPP dans divers pays. Profitant de cet élan, une branche francophone de l'IEPA (Conus, 2017) a récemment vu le jour afin de permettre un cheminement similaire pour les pays francophones. Quoique le Québec vive depuis 2017 un changement de politique et un soutien gouvernemental (incluant des investissements, un soutien à l'implantation clinique par un conseiller spécialisé et un

Cadre de référence), beaucoup reste à faire afin de soutenir l'implantation de PPEP fidèles aux composantes essentielles de l'IPP, ces défis demeurent encore plus grands dans les autres pays francophones.

Conclusion

Les PPEP, dont l'efficacité supérieure est largement démontrée, constituent un développement majeur dans la prestation de services pour la psychose et ont considérablement amélioré l'évolution des troubles psychotiques. Leur mise en œuvre dans plusieurs régions du globe, quoiqu'encore limitée dans la francophonie, demeure l'apanage des pays à revenu élevé, souvent dotés de systèmes de santé publique. Les trois dernières décennies de déploiement de PPEP et de recherches approfondies ont permis d'identifier des défis qui, s'ils sont relevés, pourraient permettre d'améliorer davantage la vie d'un très grand nombre de personnes. Ceci nécessitera l'action concertée des décideurs politiques, bailleurs de fonds, cliniciens, décideurs des services cliniques, chercheurs ainsi que des patients et de leurs proches. Les PPEP constituent une révolution en plein essor qui doit tout de même continuer à faire l'objet d'un examen critique. Comme toute révolution, elle aura besoin de nouvelles bouffées d'oxygène pour éviter qu'elle ne s'essouffle et pour qu'elle atteigne son plein potentiel.

RÉFÉRENCES

- Abdel-Baki, A., Medrano, S., Maranda, C., Ladouceur, M., Tahir, R., Stip, E. et Potvin, S. (2020). Impact of early use of long-acting injectable antipsychotics on psychotic relapses and hospitalizations in first-episode psychosis. *International clinical psychopharmacology*, 35(4), 221-228.
- Ajnakina, O. (2017). First episode psychosis: looking backwards and forwards.
- Albert, N., Melau, M., Jensen, H., Emborg, C., Jepsen, J. R. M., Fagerlund, B., Gluud, C., Mors, O., Hjorthøj, C. et Nordentoft, M. (2017a). Five years of specialised early intervention versus two years of specialised early intervention followed by three years of standard treatment for patients with a first episode psychosis: randomised, superiority, parallel group trial in Denmark (OPUS II). *BMJ*, 356, i6681.
- Albert, N., Melau, M., Jensen, H., Emborg, C., Jepsen, J. R. M., Fagerlund, B., Gluud, C., Mors, O., Hjorthøj, C. et Nordentoft, M. (2017b). Five years of specialised early intervention versus two years of specialised early intervention followed by three years of standard treatment for patients with a first episode psychosis: randomised, superiority, parallel group trial in Denmark (OPUS II). *bmj*, 356, i6681.

- Amos, A. (2019). Unsystematic review shows neither that early intervention in psychosis is cost-effective nor cost-minimising. *The British journal of psychiatry*, 215(6), 744-744.
- Anderson, K. K., Fuhrer, R., Schmitz, N. et Malla, A. K. (2013). Determinants of negative pathways to care and their impact on service disengagement in first-episode psychosis. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 48(1), 125-136.
- Anderson, K. K., Fuhrer, R., Wynant, W., Abrahamowicz, M., Buckeridge, D. L. et Malla, A. (2013). Patterns of health services use prior to a first diagnosis of psychosis: the importance of primary care. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 48(9), 1389-1398.
- Anderson, K. K., Norman, R., MacDougall, A., Edwards, J., Palaniyappan, L., Lau, C. et Kurdyak, P. (2018a). Effectiveness of early psychosis intervention: comparison of service users and nonusers in population-based health administrative data. *American journal of psychiatry*, 175(5), 443-452.
- Anderson, K. K., Norman, R., MacDougall, A. G., Edwards, J., Palaniyappan, L., Lau, C. et Kurdyak, P. (2018b). Disparities in access to early psychosis intervention services: comparison of service users and nonusers in health administrative data. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 63(6), 395-403.
- Anderson, K. K., Ross, N., MacDougall, A. G., Edwards, J., Palaniyappan, L., Lau, C. et Kurdyak, P. (2019). Estimating the incidence of first-episode psychosis using population-based health administrative data to inform early psychosis intervention services. *Psychol Med*, 49(12), 2091-2099.
- Bechard-Evans, L., Schmitz, N., Abadi, S., Joobar, R., King, S. et Malla, A. (2007). Determinants of help-seeking and system related components of delay in the treatment of first-episode psychosis. *Schizophrenia research*, 96(1-3), 206-214.
- Bertelsen, M., Jeppesen, P., Petersen, L., Thorup, A., Øhlenschläger, J., le Quach, P., Christensen, T. Ø., Krarup, G., Jørgensen, P. et Nordentoft, M. (2008). Five-year follow-up of a randomized multicenter trial of intensive early intervention vs standard treatment for patients with a first episode of psychotic illness: the OPUS trial. *Archives of General Psychiatry*, 65(7), 762-771.
- Birchwood, M., Connor, C., Lester, H., Patterson, P., Freemantle, N., Marshall, M., Fowler, D., Lewis, S., Jones, P. et Amos, T. J. T. B. J. o. P. (2013). Reducing duration of untreated psychosis: care pathways to early intervention in psychosis services. *The British Journal of Psychiatry*, 203(1), 58-64.
- Camacho-Gomez, M. et Castellvi, P. (2020). Effectiveness of family intervention for preventing relapse in first-episode psychosis until 24 months of follow-up: A systematic review with meta-analysis of randomized controlled trials. *Schizophr Bull*, 46(1), 98-109.
- Chan, S. K. W., Chan, S. W. Y., Pang, H. H., Yan, K. K., Hui, C. L. M., Chang, W. C., Lee, E. H. M. et Chen, E. Y. H. (2018). Association of an early intervention service for psychosis with suicide rate among patients with first-episode schizophrenia-spectrum disorders. *JAMA psychiatry*, 75(5), 458-464.
- Chang, W. C., Chan, G. H. K., Jim, O. T. T., Lau, E. S. K., Hui, C. L. M., Chan, S. K. W., Lee, E. H. M. et Chen, E. Y. H. (2015). Optimal duration of an early intervention programme for first-episode psychosis: randomised controlled trial. *The British Journal of Psychiatry*, 206(6), 492-500.

- Conus, P. (2017). Intervention précoce dans les troubles psychotiques : faut-il encore douter ? *L'information psychiatrique*, 93 (9), 775-776.
- Correll, C. U., Galling, B., Pawar, A., Krivko, A., Bonetto, C., Ruggeri, M., Craig, T. J., Nordentoft, M., Srihari, V. H. et Guloksuz, S. (2018). Comparison of early intervention services vs treatment as usual for early-phase psychosis : a systematic review, meta-analysis, and meta-regression. *JAMA psychiatry*, 75(6), 555-565.
- Dama, M., Shah, J., Norman, R., Iyer, S., Joobar, R., Schmitz, N., Abdel-Baki, A. et Malla, A. (2019). Short duration of untreated psychosis enhances negative symptom remission in extended early intervention service for psychosis. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 140 (1), 65-76.
- Dixon, L. B., Goldman, H. H., Srihari, V. H. et Kane, J. M. (2018). Transforming the treatment of schizophrenia in the United States: the RAISE initiative. *Annual Review of Clinical Psychology*, 14, 237-258.
- Doyle, R., Turner, N., Fanning, F., Brennan, D., Renwick, L., Lawlor, E. et Clarke, M. (2014). First-episode psychosis and disengagement from treatment : a systematic review. *Psychiatric Services*, 65(5), 603-611.
- Fridgen, G. J., Aston, J., Gschwandtner, U., Pflueger, M., Zimmermann, R., Studerus, E., Stieglitz, R.-D. et Riecher-Rössler, A. (2013). Help-seeking and pathways to care in the early stages of psychosis. *Social psychiatry psychiatric epidemiology*, 48(7), 1033-1043.
- Griffiths, K., Millgate, E., Egerton, A. et MacCabe, J. H. (2021). Demographic and clinical variables associated with response to clozapine in schizophrenia: a systematic review and meta-analysis. *Psychol Med*, 1-11.
- Groff, M., Latimer, E., Joobar, R., Iyer, S. N., Schmitz, N., Abadi, S., Abdel-Baki, A., Casacalenda, N., Margoese, H. C., Jarvis, G. E. et Ashok, M. (2020). Economic Evaluation of Extended Early Intervention Service vs Regular Care Following 2 Years of Early Intervention : Secondary Analysis of a Randomized Controlled Trial. *Schizophrenia bulletin*, sbaa130. <https://doi.org/https://doi.org/10.1093/schbul/sbaa130>
- Harris, M. G., Burgess, P. M., Chant, D. C., Pirkis, J. E. et McGorry, P. D. (2008). Impact of a specialized early psychosis treatment programme on suicide. Retrospective cohort study. *Early intervention in psychiatry*, 2(1), 11-21.
- Hartmann, J. A., Nelson, B., Spooner, R., Paul Amminger, G., Chanen, A., Davey, C. G., McHugh, M., Ratheesh, A., Treen, D. et Yuen, H. P. (2019). Broad clinical high-risk mental state (CHARMS) : methodology of a cohort study validating criteria for pluripotent risk. *Early Intervention in Psychiatry*, 13(3), 379-386.
- Hegelstad, W. t. V., Larsen, T. K., Auestad, B., Evensen, J., Haahr, U., Joa, I., Johannesen, J. O., Langeveld, J., Melle, I. et Opjordsmoen, S. (2012). Long-term follow-up of the TIPS early detection in psychosis study: effects on 10-year outcome. *American Journal of Psychiatry*, 169(4), 374-380.
- Iyer, S. N., Anderson, K. K., Malla, A., Shah, J. et Norman, R. (2020). The Case for Cautious Interpretation and Replication: Lead-Time Bias as a Potential Explanation for the Link Between Duration of Untreated Psychosis and Outcome. *Am J Psychiatry*, 177(12), 1180-1181.
- Johannesen, J. O., Larsen, T. K., Joa, I., Melle, I., Friis, S., Opjordsmoen, S., Rund, B. R., Simonsen, E., Vaglum, P. et McGlashan, T. H. (2005). Pathways to care

- for first-episode psychosis in an early detection healthcare sector: part of the Scandinavian TIPS study. *The British Journal of Psychiatry*, 187(S48), s24-s28.
- Jones, N., Corrigan, P. W., James, D., Parker, J. et Larson, N. (2013). Peer support, self-determination, and treatment engagement: A qualitative investigation. *Psychiatric rehabilitation journal*, 36 (3), 209.
- Jordan, G., Kinkaid, M., Iyer, S. N., Joobar, R., Goldberg, K., Malla, A. et Shah, J. L. (2018). Baby or bathwater? Referrals of “non-cases” in a targeted early identification intervention for psychosis. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 53(7), 757-761.
- Joseph, R. et Birchwood, M. (2005). The national policy reforms for mental health services and the story of early intervention services in the United Kingdom. *Journal of Psychiatry and Neuroscience*, 30(5), 362.
- Kane, J. M., Robinson, D. G., Schooler, N. R., Mueser, K. T., Penn, D. L., Rosenheck, R. A., Addington, J., Brunette, M. F., Correll, C. U. et Estroff, S. E. (2016). Comprehensive versus usual community care for first-episode psychosis: 2-year outcomes from the NIMH RAISE early treatment program. *American Journal of Psychiatry*, 173(4), 362-372.
- Kirkbride, J. B., Errazuriz, A., Croudace, T. J., Morgan, C., Jackson, D., Boydell, J., Murray, R. M. et Jones, P. B. (2012). Incidence of schizophrenia and other psychoses in England, 1950-2009: a systematic review and meta-analyses. *PLoS one*, 7(3), e31660.
- Krstev, H., Carbone, S., Harrigan, S. M., Curry, C., Elkins, K. et McGorry, P. D. (2004). Early intervention in first-episode psychosis. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 39(9), 711-719.
- Lagacé G, C. B. a. T. M.-È. (2019). La naissance des équipes flexible assertive community treatment (FACT) au québec. Dans *Journées annuelles de santé mentale*. Ministère de la santé et des services sociaux du québec.
- Lal, S. et Malla, A. (2015). Service engagement in first-episode psychosis: current issues and future directions. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 60(8), 341-345.
- Leucht, S. et Lasser, R. (2006). The concepts of remission and recovery in schizophrenia. *Pharmacopsychiatry*, 39(05), 161-170.
- Lincoln, C., Harrigan, S. et McGorry, P. D. (1998). Understanding the topography of the early psychosis pathways: An opportunity to reduce delays in treatment. *The British Journal of Psychiatry*, 172(S33), 21-25.
- Lutgens, D., Iyer, S., Joobar, R., Brown, T. G., Norman, R., Latimer, E., Schmitz, N., Baki, A. A., Abadi, S. et Malla, A. (2015). A five-year randomized parallel and blinded clinical trial of an extended specialized early intervention vs. regular care in the early phase of psychotic disorders: study protocol. *BMC psychiatry*, 15(1), 1-9.
- MacDonald, K., Fainman-Adelman, N., Anderson, K. K. et Iyer, S. N. (2018). Pathways to mental health services for young people: a systematic review. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 53(10), 1005-1038.
- MacDonald, K., Malla, A., Joobar, R., Shah, J. L., Goldberg, K., Abadi, S., Doyle, M. et Iyer, S. N. (2018). Description, evaluation and scale-up potential of a model for rapid access to early intervention for psychosis. *Early intervention in psychiatry*, 12(6), 1222-1228.

- Malla, A., Dama, M., Iyer, S., Joobar, R., Schmitz, N., Shah, J., Issaoui Mansour, B., Lepage, M. et Norman, R. (2021). Understanding Components of Duration of Untreated Psychosis and Relevance for Early Intervention Services in the Canadian Context: Comprendre les Composantes de la Durée de la Psychose Non Traitée et la Pertinence de Services D'intervention Précoce Dans le Contexte Canadien. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 0706743721992679.
- Malla, A., Iyer, S., McGorry, P., Cannon, M., Coughlan, H., Singh, S., Jones, P. et Joobar, R. (2016). From early intervention in psychosis to youth mental health reform: a review of the evolution and transformation of mental health services for young people. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 51(3), 319-326.
- Malla, A., Iyer, S., Shah, J., Joobar, R., Boksa, P., Lal, S., Fuhrer, R., Andersson, N., Abdel-Baki, A. et Hutt-MacLeod, D. (2019). Canadian response to need for transformation of youth mental health services: ACCESS Open Minds (Esprits ouverts). *Early Intervention in Psychiatry*, 13(3), 697-706.
- Malla, A., Iyer, S. N., Rangaswamy, T., Ramachandran, P., Mohan, G., Taksal, A., Margolese, H. C., Schmitz, N. et Joobar, R. (2020). Comparison of clinical outcomes following 2 years of treatment of first-episode psychosis in urban early intervention services in Canada and India. *The British Journal of Psychiatry*, 217(3), 514-520.
- Malla, A., Joobar, R., Iyer, S., Norman, R., Schmitz, N., Brown, T., Lutgens, D., Jarvis, E., Margolese, H. C. et Casacalenda, N. (2017). Comparing three-year extension of early intervention service to regular care following two years of early intervention service in first-episode psychosis: a randomized single blind clinical trial. *World Psychiatry*, 16(3), 278-286.
- Malla, A. et McGorry, P. (2019). Early intervention in psychosis in young people: a population and public health perspective. *American journal of public health*, 109(S3), S181-S184.
- Malla, A., Norman, R., Scholten, D., Manchanda, R. et McLean, T. (2005, May). A community intervention for early identification of first episode psychosis: impact on duration of untreated psychosis (DUP) and patient characteristics. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 40 (5), 337-344. <https://doi.org/10.1007/s00127-005-0901-6>
- Malla, A. et Pelosi, A. J. (2010). Is treating patients with first-episode psychosis cost-effective? *The Canadian Journal of Psychiatry*, 55(1), 3-8.
- Malla, A. M. et Norman, R. M. G. (2001). Treating psychosis: is there more to early intervention than intervening early? *The Canadian Journal of Psychiatry*, 46(7), 645-648.
- Marshall, M., Lewis, S., Lockwood, A., Drake, R., Jones, P. et Croudace, T. (2005, Sep). Association between duration of untreated psychosis and outcome in cohorts of first-episode patients: a systematic review. *Arch Gen Psychiatry*, 62(9), 975-983. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.62.9.975>
- Marshall, M. et Rathbone, J. (2011). Early intervention for psychosis. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (6).
- McCrone, P., Craig, T. K., Power, P. et Garety, P. A. (2010, May). Cost-effectiveness of an early intervention service for people with psychosis. *Br J Psychiatry*, 196(5), 377-382. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.109.065896>

- McDonald, K., Ding, T., Ker, H., Dliwayo, T. R., Osborn, D. P., Wohland, P., Coid, J. W., French, P., Jones, P. B. et Baio, G. J. T. B. J. o. P. (2021). Using epidemiological evidence to forecast population need for early treatment programmes in mental health: a generalisable Bayesian prediction methodology applied to and validated for first-episode psychosis in England. 1-9.
- McFarlane, W. R. (2011). Prevention of the first episode of psychosis. *Psychiatric Clinics*, 34(1), 95-107.
- McGlashan, T. H. et Johannessen, J. O. (1996). Early detection and intervention with schizophrenia: rationale. *Schizophr Bull*, 22(2), 201-222.
[Record #93 is using a reference type undefined in this output style.]
- McGorry, P. D., Hartmann, J. A., Spooner, R. et Nelson, B. (2018). Beyond the “at risk mental state” concept: transitioning to transdiagnostic psychiatry. *World Psychiatry*, 17(2), 133-142.
- McGorry, P. D., Purcell, R., Hickie, I. B., Yung, A. R., Pantelis, C. et Jackson, H. J. (2007). Clinical staging: a heuristic model for psychiatry and youth mental health. *Medical Journal of Australia*, 187(S7), S40-S42.
- McGorry, P. D., Tanti, C., Stokes, R., Hickie, I. B., Carnell, K., Littlefield, L. K. et Moran, J. (2007). headspace: Australia's National Youth Mental Health Foundation—where young minds come first. *Medical Journal of Australia*, 187(S7), S68-S70.
- McGorry, P. D., Yung, A. R. et Phillips, L. J. (2003). The “close-in” or ultra high-risk model: a safe and effective strategy for research and clinical intervention in prepsychotic mental disorder. *Schizophrenia bulletin*, 29(4), 771-790.
- Mead, S., Hilton, D. et Curtis, L. (2001). Peer support: a theoretical perspective. *Psychiatric rehabilitation journal*, 25(2), 134.
- Melle, I., Johannessen, J. O., Friis, S., Haahr, U., Joa, I., Larsen, T. K., Opjordsmoen, S., Rund, B. R., Simonsen, E. et Vaglum, P. (2010). Course and predictors of suicidality over the first two years of treatment in first-episode schizophrenia spectrum psychosis. *Archives of Suicide Research*, 14(2), 158-170.
- Melle, I., Larsen, T. K., Haahr, U., Friis, S., Johannessen, J. O., Opjordsmoen, S., Simonsen, E., Rund, B. R., Vaglum, P. et McGlashan, T. (2004, Feb). Reducing the duration of untreated first-episode psychosis: effects on clinical presentation. *Arch Gen Psychiatry*, 61(2), 143-150. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.61.2.143>
- Mental Health Commission of Canada/Commission de la santé mentale du Canada. (2021). *Mental Health Commission of Canada: KEY PRIORITIES/Commission de la santé mentale du Canada: PRIORITÉS CLÉES*. Health Canada/Santé Canada. <https://www.mentalhealthcommission.ca/English>
<https://www.mentalhealthcommission.ca/Francais>
- Mihalopoulos, Harris, Henry, Harrigan et McGorry. (2009). Is Early Intervention in Psychosis Cost-Effective Over the Long Term? *Schizophrenia Bulletin*, 35(5), 909-918. <https://doi.org/10.1093/schbul/sbp054> [Record #101 is using a reference type undefined in this output style.]
- Nordentoft, M., Madsen, T. et Fedyszyn, I. (2015). Suicidal behavior and mortality in first-episode psychosis. *The Journal of nervous and mental disease*, 203(5), 387-392.

- Norman, R. M. et Malla, A. K. (2001). Duration of untreated psychosis: a critical examination of the concept and its importance. *Psychol Med*, 31(3), 381-400.
- Norman, R. M., Malla, A. K., Verdi, M. B., Hassall, L. D. et Fazekas, C. (2004, Feb). Understanding delay in treatment for first-episode psychosis. *Psychol Med*, 34(2), 255-266. <https://doi.org/10.1017/s0033291703001119>
- Norman, R. M., Manchanda, R., Malla, A. K., Windell, D., Harricharan, R. et Northcott, S. (2011). Symptom and functional outcomes for a 5 year early intervention program for psychoses. *Schizophrenia research*, 129(2-3), 111-115.
- Nugter, M. A., Engelsbel, F., Bähler, M., Keet, R. et van Veldhuizen, R. (2016). Outcomes of FLEXIBLE assertive community treatment (FACT) implementation: a prospective real life study. *Community mental health journal*, 52(8), 898-907.
- Pelosi, A. J. et Birchwood, M. (2003). Is early intervention for psychosis a waste of valuable resources? *The British journal of psychiatry*, 182(3), 196-198.
- Penttilä, M., Hirvonen, N., Isohanni, M., Jääskeläinen, E. et Miettunen, J. (2013). The association between duration of untreated psychosis (DUP) and long-term outcome in schizophrenia. A systematic review and meta-analysis. *European Psychiatry*, 28(S1), 1-1.
- Petersen, L., Jeppesen, P., Thorup, A., Abel, M.-B., Øhlenschläger, J., Christensen, T. Ø., Krarup, G., Jørgensen, P. et Nordentoft, M. (2005). A randomised multicentre trial of integrated versus standard treatment for patients with a first episode of psychotic illness. *bmj*, 331(7517), 602.
- Pharoah, F., Mari, J. J., Rathbone, J. et Wong, W. (2010). Family intervention for schizophrenia. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (12).
- Renwick, L., Gavin, B., McGlade, N., Lacey, P., Goggins, R., Jackson, D., Turner, N., Foley, S., McWilliams, S. et Behan, C. (2008). Early intervention service for psychosis: views from primary care. *Early Intervention in Psychiatry*, 2(4), 285-290.
- Rosenheck, R., Leslie, D., Sint, K., Lin, H., Robinson, D. G., Schooler, N. R., Mueser, K. T., Penn, D. L., Addington, J. et Brunette, M. F. (2016). Cost-effectiveness of comprehensive, integrated care for first episode psychosis in the NIMH RAISE Early Treatment Program. *Schizophr Bull*, 42(4), 896-906.
- Scholten, D. J., Malla, A. K., Norman, R. M. G., McLean, T. S., McIntosh, E. M., McDonald, C. L., Eliasziw, M. et Speechley, K. N. (2003). Removing barriers to treatment of first-episode psychotic disorders. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 48(8), 561-565.
- Scott, J., Leboyer, M., Hickie, I., Berk, M., Kapczinski, F., Frank, E., Kupfer, D. et McGorry, P. (2013). Clinical staging in psychiatry: a cross-cutting model of diagnosis with heuristic and practical value. *The British journal of psychiatry*, 202(4), 243-245.
- Secher, R. G., Hjorthøj, C. R., Austin, S. F., Thorup, A., Jeppesen, P., Mors, O. et Nordentoft, M. (2015). Ten-year follow-up of the OPUS specialized early intervention trial for patients with a first episode of psychosis. *Schizophr Bull*, 41(3), 617-626.
- Sells, D., Davidson, L., Jewell, C., Falzer, P. et Rowe, M. (2006). The treatment relationship in peer-based and regular case management for clients with severe mental illness. *Psychiatric services*, 57(8), 1179-1184.

- Srihari, V. H. (2018). Working toward changing the Duration of Untreated Psychosis (DUP). *Schizophrenia research*, 193, 39.
- Srihari, V. H., Tek, C., Pollard, J., Zimmet, S., Keat, J., Cahill, J. D., Kucukgoncu, S., Walsh, B. C., Li, F. et Gueorguieva, R. (2014). Reducing the duration of untreated psychosis and its impact in the US: the STEP-ED study. *BMC psychiatry*, 14(1), 1-14.
- Stip, E., Abdel-Baki, A., Roy, M.-A., Bloom, D. et Grignon, S. (2019). Long-acting antipsychotics: The QAAPAPLE algorithm review. *Canadian journal of psychiatry. Revue canadienne de psychiatrie*, 64(10), 697-707.
- Stip, E., Vincent, P. D., Guevremont, C., Zhornitsky, S., Tranulis, C. et Sablier, J. (2013). A randomized controlled trial with a Canadian electronic pill dispenser used to measure and improve medication adherence in patients with schizophrenia. *Frontiers in pharmacology*, 4, 100.
- The National Institute of Mental Health. *Accelerating Medicines Partnership—Schizophrenia (AMP SCZ)*. U.S. Department of Health and Human Services. <https://www.nimh.nih.gov/research/research-funded-by-nimh/research-initiatives/accelerating-medicines-partnership-schizophrenia-amp-scz>
- Tiihonen, J., Tanskanen, A. et Taipale, H. (2018). 20-year nationwide follow-up study on discontinuation of antipsychotic treatment in first-episode schizophrenia. *American Journal of Psychiatry*, 175(8), 765-773.
- Tracy, K., Burton, M., Nich, C. et Rounsaville, B. (2011). Utilizing peer mentorship to engage high recidivism substance-abusing patients in treatment. *The American Journal of drug and alcohol abuse*, 37(6), 525-531.
- Williams, R., Malla, A., Roy, M.-A., Joobar, R., Manchanda, R., Tibbo, P., Banks, N. et Agid, O. (2017). What is the place of clozapine in the treatment of early psychosis in Canada? *The Canadian Journal of Psychiatry*, 62(2), 109-114.
- Wyatt, R. J. (1991). Neuroleptics and the natural course of schizophrenia. *Schizophr Bull*, 17(2), 325-351.
- Yung, A. R. et McGorry, P. D. (1996). The prodromal phase of first-episode psychosis: past and current conceptualizations. *Schizophrenia bulletin*, 22(2), 353-370.
- Yung, A. R., McGorry, P. D., McFarlane, C. A. et Patton, G. C. (1995). The PACE Clinic: development of a clinical service for young people at high risk of psychosis. *Australasian Psychiatry*, 3(5), 345-349.

MOSAÏQUE

Outils pédagogiques pour améliorer la relation thérapeutique des psychiatres et résidents en psychiatrie envers les patients souffrant de psychose : revue systématique

Laurie Pelletier^a

Sylvain Grignon^b

Kevin Zemmour^c

RÉSUMÉ Objectif Cette revue systématique recense les écrits sur les outils pédagogiques ciblant spécifiquement 2 des compétences clés requises par le Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada pour devenir psychiatre : la relation thérapeutique et l'empathie, dans le cadre de la psychose.

Méthode Cette recension a été effectuée dans les bases de données Medline via Ovid, PsycInfo (EBSCO) et Scopus en utilisant des combinaisons de termes associés aux outils thérapeutiques, à l'empathie, aux résidents en psychiatrie, aux psychiatres et à la psychose. Deux évaluateurs indépendants ont ensuite examiné 1169 titres et résumés, puis ont conservé 5 articles.

Résultats Tous les articles analysés explorent les habiletés de communication, en particulier le Communication Skills Training et 3 des articles portent sur l'une de ses

-
- a. Médecin résident, Département de psychiatrie, Université de Sherbrooke.
 - b. MD, Ph. D., Professeur titulaire, Départements de psychiatrie et de pharmacologie et physiologie, FMSS, Université de Sherbrooke.
 - c. MD, M. Sci, Professeur adjoint clinique, Département de psychiatrie, Université McGill; Médecin psychiatre au Centre Hospitalier de St-Mary, Département de psychiatrie; Professeur associé au Centre Hospitalier Universitaire de Sherbrooke, Département de psychiatrie.

adaptations en psychiatrie: le ComPsych. Il se centre sur l'annonce du diagnostic et du pronostic de la schizophrénie via 5 domaines de compétences, soit l'agenda de la rencontre, l'identification, le questionnaire, l'organisation de l'information et la communication empathique. Ces études utilisent les jeux de rôles, des patients simulés standardisés, des vidéos et de la rétroaction. Une amélioration de la confiance concernant le pronostic est notée quoique l'amélioration obtenue soit inconstante selon les modalités utilisées. Un quatrième article a utilisé le modèle TEMPO (Training to enhance psychiatrist communication with patients with psychosis) qui ressemble au modèle ComPsych, mais inclut, entre autres, l'utilisation de patients réels. TEMPO se base également sur la mesure du *Self Repair*, un outil déterminant la façon dont une personne s'efforce de parler de manière compréhensible et acceptable pour l'auditeur lors d'une conversation en général et lors de rencontres psychiatriques. Dans l'étude, une amélioration de la relation thérapeutique (effet modéré) autant de la part des psychiatres que des patients est observée. Le dernier article propose un protocole d'étude randomisée contrôlée le SDM-Plus (*Shared decision making Plus*) une formation sur l'interaction entre les médecins et les patients avec une emphase sur la prise de décision partagée et explicite. Un module concerne les médecins, l'autre les patients.

Conclusion Bien que de nombreux manuels pédagogiques et le Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada insistent sur le rôle et l'importance d'établir une relation thérapeutique positive, cette revue systématique de la littérature montre qu'il n'existe qu'un nombre limité d'études sur ce sujet, et que celles-ci sont de faible puissance. Il est donc nécessaire de poursuivre la recherche sur ce sujet et de développer de nouveaux outils pédagogiques. Nous faisons ici quelques recommandations.

MOTS CLÉS relation thérapeutique, empathie, outils pédagogiques, résident, psychiatre, psychose, schizophrénie

Educational Tools to Improve the Therapeutic Relationship of Psychiatrists and Psychiatric Residents with Patients Suffering from Psychosis: A Systematic Review

ABSTRACT Objectives This systematic review identifies the literature on educational tools specifically targeting 2 of the keys competencies that a psychiatrist must acquire according to the Royal College of Physicians and Surgeons of Canada: the therapeutic relationship and empathy, in the context of psychosis.

Method This review was carried out in the Medline databases via Ovid, PsycInfo (EBSCO) and Scopus using combinations of terms associated with therapeutic tools, empathy, residents in psychiatry, psychiatrists and psychosis. Two independent reviewers reviewed 1169 titles and abstracts, and retained 5 articles.

Results All of the articles analyzed explore communication skills, in particular communication skills training, and 3 of the articles focus on one of its adaptations

in psychiatry: ComPsych. It focuses on the announcement of the diagnosis and prognosis of schizophrenia through 5 areas of expertise: the meeting agenda, identification, questionnaire, organization of information and empathetic communication. These studies use role plays, standardized simulated patients, videos and feedback. An improvement in confidence regarding the prognosis is noted although the improvement obtained is inconsistent depending on the modalities used. A fourth article used the TEMPO model (Training to enhance psychiatrist communication with patients with psychosis) which resembles the ComPsych model, but includes, among other things, the use of real patients. TEMPO is also based on the Self-Repair measurement, a tool that determines how well a person strives to speak in a way that is understandable and acceptable to the listener in a conversation in general and in a psychiatric encounter. In the study, an improvement in the therapeutic relationship (moderate effect) by both psychiatrists and patients was observed. The last article provides a randomized controlled trial protocol for Shared decision making Plus (SDM-Plus) training in physician-patient interaction with an emphasis on shared and explicit decision-making. One module is for doctors, the other for patients.

Conclusion Although many educational manuals and the Royal College of Physicians and Surgeons of Canada stress the role and importance of establishing a positive therapeutic relationship, this systematic review of the literature shows that there are only a limited number of studies on this subject, and they have low statistical power. It is therefore necessary to continue research on this field and to develop new educational tools. Here we make some recommendations.

KEYWORDS therapeutic relationship, empathy, educational tool, resident, psychiatrist, psychosis, schizophrenia

Introduction

Le Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada s'attend à ce que le résident en psychiatrie acquière la compétence clé et habilitante suivante: «établir avec les patients (...) de bonnes relations thérapeutiques caractérisées par la compréhension, la confiance, le respect, l'honnêteté et l'empathie» (Le Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada, 2015). Cette relation thérapeutique est positive lorsque les participants, patients et soignants ont une relation ouverte, de confiance, collaborative, avec des effets thérapeutiques (Frank et Gunderson, 1990; Rosemarie, McCabe et Priebe, 2004).

La relation thérapeutique a un triple aspect: protecteur, diagnostique et thérapeutique. Elle semble avoir un effet protecteur contre l'épuisement professionnel chez les cliniciens. Elle aide au

diagnostic puisque plus le patient se sent entendu et compris, plus il donne de détails pertinents. Au niveau thérapeutique, en santé mentale et plus spécifiquement avec la schizophrénie, la relation thérapeutique est une des pierres angulaires de prise en charge (Farrelly et coll., 2014; Goldsmith et coll., 2015; O'Brien et coll., 2009). En effet, une mauvaise relation thérapeutique est corrélée avec : une mauvaise adhésion à la médication (Rosemarie, McCabe et coll., 2012; Tessier et coll., 2017), une augmentation des réhospitalisations (Frank et Gunderson, 1990), une mauvaise estime de soi (Shattock et coll., 2018), plus de symptômes négatifs (Browne et coll., 2019), une diminution de la fonctionnalité sociale (Browne et coll., 2019), et un désengagement des services de santé mentale (Shattock et coll., 2018).

Établir une relation thérapeutique positive dans son travail auprès des personnes avec la schizophrénie semble être toutefois un défi majeur pour les résidents en psychiatrie et les psychiatres. Ce défi est multidimensionnel. Dans la dimension reliée au patient, on trouve (Charpentier et coll., 2009; Houde et Baki, 2018; Shattock et coll., 2018) :

- les expériences traumatisantes dans l'enfance;
- les mauvaises expériences avec la psychiatrie;
- l'autostigmatisation;
- les troubles de relations interpersonnelles;
- le déficit d'empathie cognitive (Berger et coll., 2019);
- le manque d'autocritique;
- les hallucinations auditives;
- les délires paranoïdes augmentant la méfiance;
- les troubles de la pensée (Cavelti et coll., 2016);
- les symptômes négatifs, dont l'émoussement affectif et l'asocialité.

Dans la dimension reliée au clinicien, on trouve :

- la difficulté de se mettre à la place du patient et de comprendre l'expérience psychotique;
- la réduction de l'empathie durant les études médicales et la résidence (Hojat et coll., 2009; Neumann et coll., 2011);
- la difficulté d'être à l'écoute et de partager la détresse du patient,
- l'épuisement émotionnel.

Dans la dimension reliée au contexte, on trouve :

- les soins involontaires;
- la relation asymétrique entre médecin et patient laissant ce dernier avec moins de pouvoir d'agir;

- le contexte de crise;
- l'hospitalisation;
- la stigmatisation liée au fait d'être traité en psychiatrie et à la psychiatrie en elle-même.

Par ailleurs, la schizophrénie représente un enjeu de santé publique au Canada tant par sa prévalence, 0,9 % en 2004 (Goeree et coll., 2005), que par son impact pour le patient, et par ses coûts financiers directs et indirects pour la société, 6,85 milliards de dollars par année en 2004 (Goeree et coll., 2005).

Pour les résidents en psychiatrie et les psychiatres, l'amélioration de leurs compétences de « compréhension, confiance, respect, honnêteté et empathie » (Le Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada, 2015) est un enjeu majeur dans leur cursus pédagogique et pour la société. Même si certaines interventions pédagogiques semblent améliorer l'empathie durant les études médicales et la résidence (Batt-Rawden et coll., 2013; Chen et coll., 2018; Patel et coll., 2019; Riess et coll., 2012; Stepien et Baernstein, 2006), notamment en psychiatrie (Bentley et coll., 2018; Wündrich et coll., 2017), selon nos lectures il n'existe pas de consensus ou de guide de bonne pratique pour enseigner, améliorer ou maintenir les compétences clés pour établir une relation thérapeutique positive dans le cadre spécifique de la psychose. Il n'existe pas non plus de revue systématique sur ce sujet.

Ainsi, l'objectif de cette revue systématique de la littérature est de répertorier l'ensemble des outils pédagogiques permettant d'enseigner, d'améliorer ou de maintenir ces compétences clés pour établir une relation thérapeutique positive avec les personnes aux prises avec la psychose, et de suggérer des recommandations concernant les futures recherches et les orientations en pédagogie médicale.

Méthode

Protocole

La stratégie de recherche utilisée pour la revue systématique est celle de PRISMA-P (*Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analysis Protocols*) (Shamseer et coll., 2015).

Recherche dans la littérature et critère d'éligibilité

Les bases de données électroniques Medline via Ovid, PsycInfo (EBSCO) et Scopus ont été utilisées pour relever la littérature pertinente. La même

stratégie de recherche a été appliquée pour chacune des banques de données en utilisant une combinaison de termes et de mots clés standardisés (incluant *Therapeutic Alliance*, *Empathy*, *Psychosis*, *Schizophrenia* et *Psychiatry Resident* et leurs dérivés) (tableaux 2 à 4 pour les critères de recherche détaillés). Lors de la révision des résultats obtenus par ces moteurs de recherche, les articles en double ont été retirés.

La revue de littérature inclut tous les articles écrits en anglais et révisés par les pairs sur les outils influençant la relation thérapeutique et l'empathie entre les psychiatres et les patients aux prises avec la psychose. Le terme de « relation thérapeutique » ayant été décrit la première fois par Freud en 1912 comme un « sentiment d'affection amicale » sous forme de transfert positif, les articles publiés entre 1912 et juin 2020 (date de fin des inclusions) ont été inclus. Seules les études comprenant des adultes entre 18 et 65 ans et comprenant plus de 50 % des patients avec un diagnostic de psychose, schizophrénie ou trouble schizoaffectif ont été incluses. Les études ont été retenues si au moins 50 % des professionnels étaient des résidents en psychiatrie ou des psychiatres. Nous n'avons pas retenu les études portant sur la psychothérapie puisque Shattock et coll., (2018) ont déjà réalisé une revue de littérature exclusivement sur le sujet. Les outils portant spécifiquement sur l'alliance thérapeutique n'y sont toutefois pas abordés.

Sélection des articles

Deux des auteurs (LP et KZ) ont identifié indépendamment les articles pertinents à lire en se basant sur la révision des titres et des résumés. Lors d'un différend à la lecture du résumé, l'article était lu au complet par un auteur avant d'être retenu pour lecture complète par les 2 auteurs s'il répondait aux critères. Les désaccords ont été réglés par consensus.

Extraction des données et synthèse

Le texte complet des articles sélectionnés a été révisé indépendamment par les deux auteurs selon les critères prédéterminés. Les divergences d'opinions, mineures, ont été facilement résolues par consensus.

Évaluation de la qualité

Étant donné l'hétérogénéité des études et les échantillons faibles, nous n'avons pu juger de manière standardisée la qualité des articles. Cette hétérogénéité est d'ailleurs l'une des principales limitations communément soulevées par les auteurs des articles sélectionnés.

Analyse

Nous avons choisi d'analyser et de présenter les résultats en fonction des différents niveaux du modèle Kirkpatrick. En effet, ce modèle permet d'analyser et d'évaluer l'impact concret des formations et programmes pédagogiques (Smidt et coll., 2009). Le modèle comporte 4 niveaux :

- 1) Le niveau **réaction** évalue comment les étudiants perçoivent le degré d'efficacité concernant la communication ;
- 2) Le niveau **apprentissage** se concentre sur l'évaluation des apprentissages de façon objective, quantitative ;
- 3) Le niveau **comportement** compare la performance avant et après l'apprentissage ;
- 4) Le niveau **résultat** considère les impacts de l'apprentissage sur les résultats (*outcomes*) des patients (Kirkpatrick, 2016 ; Smidt et coll., 2009).

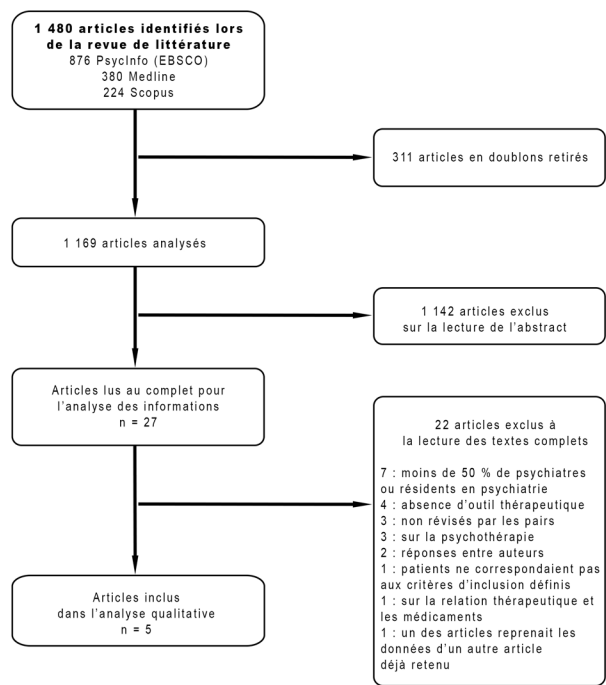
Résultats

Recherche et sélection

Les recherches initiales dans les bases de données ont permis d'identifier 1480 articles potentiels. Après suppression des doublons, il est resté 1169 articles (tableau 5). La majorité de ces études a été exclue (1142) lors de l'examen de leur pertinence (fig. 1) puisqu'elles ne traitent pas d'outils thérapeutiques sur la relation thérapeutique ou l'empathie en lien avec les psychiatres/résidents et les patients avec psychose. Le texte complet des 27 articles restants a été lu et évalué. Dans l'analyse de leurs références, nous n'avons pas identifié de nouveaux articles potentiels. Au final, 5 publications ont été retenues, dont :

- une revue de littérature sur les compétences en communication existantes ;
- trois études comprenant de manière cumulée 85 psychiatres et résidents en psychiatrie, 64 patients ;
- un protocole proposant d'inclure 276 patients et un nombre non spécifié de psychiatres.

FIGURE 1
Diagramme des études



Caractéristiques des études

Les caractéristiques des 5 études sont présentées dans le tableau 1. La totalité des études ont été publiées dans les 5 dernières années soit de 2015 à 2017. 80 % des études sont de type quantitatif. 40 % utilisent un devis avant/après et 40 % sont plutôt des essais cliniques randomisés par grappe.

Population des études

Les études retenues ont testé des interventions pédagogiques impliquant des résidents en psychiatrie (66 %) et des psychiatres (33 %).

TABLEAU 1

Caractéristiques des 5 études incluses

Référence (année)	Devis de l'étude Population N (intervention)/ N (contrôle)	Niveau du modèle Kirkpatrick*	Type de formation Compétences et comportements enseignés	Type d'intervention	Principaux résultats
1. Loughland et coll. (2015)	Évaluation de type avant/après Résidents en psychiatrie de 25-49 ans 38 interventions/ aucun contrôle	1	Formation Compsych**: – Annonce d'un diagnostic de schizophrénie; – Annonce du pronostic d'une schizophrénie.	2 sessions de 2 h dans le même mois: – Exposé didactique sur la théorie de la communication avec des exemples vidéo; – Jeu de rôle entre résidents et patients simulés standardisés; – Enregistrements des sessions pour la rétroaction.	– Pas de différence significative concernant le module d'annonce du diagnostic. – Amélioration significative de la confiance pour discuter du pronostic (Modèle ANCOVA 44,4 % à 88,9 % $p = 0,012$) et de l'autoévaluation sur leur propre habileté de communication autant pour le diagnostic que pour le pronostic (respectivement: Modèle ANCOVA 85,7 % à 100 % $p = < 0,001$ et 83,3 % à 94,4 % $p = 0,019$).
2. Ditton-Phare et coll. (2015)	Revue de littérature/Aperçu sur les compétences en communication Résidents en psychiatrie	1	Formation ComPsych: 5 catégories de compétences – Agenda de la rencontre; – Vérification (de la compréhension du patient et de sa préférence); – Questionner; – Organisation de l'information; – Communication empathique.	Nb de session: NC Exposé didactique avec des exemples vidéo (comment discuter le diagnostic et le pronostic de la schizophrénie) Rencontre en petit groupe – Jeu de rôle entre résidents et patients standardisés simulés – Rétroaction par utilisation de vidéos des participants et discussions dirigées	– Amélioration de la confiance pour l'annonce du diagnostic – L'amélioration de la communication et la transférabilité à la clinique sont à valider
3. Ditton-Phare et coll. (2016)	Étude pilote Évaluation de type avant/après Résidents en psychiatrie de 26-46 ans, dont 15H et 15F 30 interventions/ aucun contrôle	2	Formation ComPsych 5 catégories de compétences: – Agenda de la rencontre; – Vérification (de la compréhension du patient et de sa préférence); – Questionner; – Organisation de l'information; – Communication empathique.	4 sessions Continuité de leur étude de 2015 (Ditton-Phare [2015] ²⁵) avec la formation ComPsych Ajout d'une évaluation standardisée avec patient standardisé simulé sous forme d'un enregistrement de 15 minutes pré et post formation	– Amélioration significative p/r à l'agenda de la rencontre, identifier les points à aborder par le médecin et le patient, vérifier les préférences quant aux informations reçues ($d = -0,82$) – Diminution des questions ouvertes ($d = 0,56$). – Pas de différence significative dans les autres compétences

4. Rose McCabe et coll. (2016)	Essai clinique randomisé par grappe Patients de 15-65 ans ayant un diagnostic de schizophrénie ou tr. schizoaffectif selon le DCI-10 9 psychiatres — 35 patients/ 8 psychiatres — 29 patients	3	Formation développée par l'équipe des auteurs 4 thèmes sont travaillés : – Compréhension du patient vivant des expériences psychotiques : réflexion sur l'expérience du patient et la réponse professionnelle et émotionnelle aux symptômes psychotiques ; – Les techniques de communication pour travailler avec les symptômes positifs et négatifs ; – Comment rendre plus indépendant le patient ; – Comment impliquer le patient dans la prise de décision par rapport à sa médication.	4 sessions de groupe hebdomadaires de 3 h puis 1 session individuelle de rétroaction auprès des psychiatres (Maximum de 9 participants) – Vidéo et études de textes – Simulation de voix*** – Discussion de groupe avec animateurs – Jeu de rôle entre psychiatres et avec des patients simulés – Enregistrements vidéo d'entretiens de chaque participant médecin avec un patient réel et rétroaction à T0 puis à 5 mois	– Augmentation de 44% de l'index <i>self-repair**** des psychiatres</i> ($d = 0,91$ et une différence moyenne ajustée à 6,39, un intervalle de 1,46-11,33 avec un $p = 0,011$) – Augmentation du niveau de confiance du psychiatre (autoquestionnaire de 0 à 10), en moyenne de 6,9 à 8,5 pré/postformation – Amélioration significative de l'alliance thérapeutique (échelle STAR) – chez le psychiatre (différence de moyenne 0,20, intervalle de confiance [IC] à 95% 0,03-0,37 ; $d = 0,4$ soit un effet modéré ; $p = 0,022$) – chez les patients (différence de moyenne 0,21, IC 0,01-0,41 ; $d = 0,56$, soit un effet modéré ; $p = 0,043$)
5. Hamann et coll. (2017)	Protocole d'étude randomisée contrôlée par grappe 276 patients Nombre de psychiatres = NC Répartition = NC	4	<u>Formation SDM-PLUS*****</u> <u>Pour l'équipe médicale</u> Groupe d'intervention – Technique de communication selon le modèle de négociation de Harvard – Technique de l'entretien motivationnel dont l'écoute réflexive Groupe contrôle – Analyse de décision pour et contre <u>Pour les patients</u> Groupe d'intervention Objectif : devenir un partenaire actif dans la prise de décision – Se préparer au rdv médical – Questionner – Exprimer son opinion par des jeux de rôle et des travaux. Groupe contrôle – Pas de mesure	2 sessions d'une demi-journée auprès de l'équipe en l'espace de 2 semaines puis supervision sous forme de rencontre hebdomadaire 5 rencontres avec les patients pendant leur hospitalisation, deux rencontres d'une heure par semaine – Groupes de discussion – Jeux de rôle – Travaux à la maison	Collecte d'informations à 3, 6, 9 et 12 mois à l'aide de différentes échelles (<i>Autonomy Preference Index [API]</i> , <i>PatPart-19</i> , <i>Helping Alliance Scale</i>)

Légende = NC : non connu ; N : nombre de personnes ; H : homme, F : femme.

*Le modèle Kirkpatrick permet de classer et d'évaluer l'impact concret des formations et programmes pédagogiques (Smidt et coll., 2009).

** Formation ComPsych : Formation sur les compétences de communication en psychiatrie.

*** Deegan PA. Hearing Voices That Are Distressing: A Training and Simulated Experience. Lawrence, 1996.

**** Self Repair : outil de mesure pour déterminer si une personne s'efforce de parler de manière compréhensible et acceptable pour un auditeur dans une conversation en général et lors d'entretiens psychiatriques. (Puerta, 1977; Hayashi et coll., 2012).

***** SDM-Plus: Shared decision making Plus, Formation sur l'interaction entre médecins et patients, avec une emphase sur la prise de décision partagée et explicite. La formation est divisée en deux modules : l'un pour les médecins, l'autre pour les patients.

Types d'interventions pédagogiques

(tableau 1. Caractéristiques des 5 études incluses)

Les types d'interventions sont hétérogènes et souvent plus d'une modalité est utilisée. Les études impliquent un nombre d'interventions variant d'une seule session à un nombre indéterminé étalées sur plusieurs mois. La durée des interventions pédagogiques est d'une heure à une demi-journée. Toutes ces études incluent des petits groupes de participants, quoique le nombre exact soit rarement mentionné. Une seule étude compte également une session individuelle. La majorité des études incorpore des interventions centrées sur les habiletés de communication. Parmi les modalités utilisées, toutes les études utilisent des jeux de rôle entre participants, 80 % utilisent des patients standardisés et 20 % de vrais patients. La totalité utilise au minimum un exposé didactique avec études de textes et de vidéos ainsi qu'une discussion avec les pairs. La vidéo est utilisée comme outil de rétroaction individualisé dans 80 % des cas. Une seule étude utilise l'écoute de voix simulée. Selon le modèle de Kirkpatrick :

- 2 études sont au niveau 1 (réaction);
- 1 étude au niveau 2 (apprentissage);
- 1 étude au niveau 3 (comportement);
- 1 étude au niveau 4 (résultat).

Discussion

Dans cette revue systématique, nous avons révisé la littérature scientifique actuelle sur les outils pédagogiques ciblant l'amélioration des compétences des psychiatres et des résidents en psychiatrie pour établir une relation thérapeutique positive dans le cadre spécifique de la psychose. Notre principal résultat est qu'il existe des outils pédagogiques permettant l'amélioration de ces compétences, sans pour autant pouvoir établir de consensus clair sur les meilleures pratiques dans ce domaine.

Dans cette revue systématique, nous nous sommes concentrés sur la révision des facteurs liés au clinicien dans l'objectif de pouvoir répertorier tous les outils pédagogiques efficaces afin de guider les professeurs à enseigner efficacement et de manière reproductible la relation thérapeutique, et les compétences associées, aux résidents en psychiatrie et psychiatres dans le contexte spécifique des patients aux prises avec la psychose. En effet, plusieurs études et manuels pédagogiques (comme

aussi l'approche EEAP [Écoute-Empathie-Accord-Partenariat] [Amador, 2012]) montrent que les capacités d'établir une relation thérapeutique positive et de l'empathie ont de nombreux effets positifs, sans pour autant fournir d'outils concrets pour y parvenir. Pourtant dans d'autres disciplines de la santé, des auteurs comme Ziółkowska-Rudowicz et Kładna (2010) ont fait une revue de littérature des méthodes utilisées pour améliorer l'empathie clinique chez les étudiants en médecine et ont réussi à les regrouper en 5 approches :

- une exposition clinique précoce ;
- jouer le rôle d'un patient ;
- des études de textes ;
- l'amélioration des habiletés associées à l'empathie ;
- l'exposition à des modèles de rôle.

D'autres auteurs comme Younas et Maddigan (2019) élaborent un cadre afin d'améliorer l'empathie des infirmiers et infirmières envers les patients en ciblant le domaine affectif. Enfin, en oncologie, l'approche *Comskill* est utilisée afin d'améliorer la communication entre le médecin et son patient depuis plusieurs années.

D'autres avenues sont prometteuses pour améliorer l'empathie et la relation thérapeutique, comme :

- la simulation d'hallucinations auditives chez les étudiants en médecine (Bunn et Terpstra, 2009 ; Galletly et Burton, 2011), les étudiants en soins infirmiers (Fossen et Stoeckel, 2016), les étudiants en pharmacie (Skoy et coll., 2016) et les psychologues (Riches et coll., 2019) ;
- l'utilisation de jeux vidéo comme *That Dragon, Cancer* pour les 3^e années de médecine (Chen et coll., 2018) ;
- l'utilisation des nouvelles technologies, particulièrement la réalité virtuelle pour améliorer l'empathie des étudiants en médecine (Louie et coll., 2018).
- Les approches thérapeutiques centrées sur le patient (Carl Rogersen, 1951 ; Santana et coll., 2018) et celles orientées vers le rétablissement (Warner, 2009 ; Anthony, 1993) apportent aussi une réflexion sur la modification des rapports interpersonnels soignant/soigné et des savoirs expérientiels/universitaires. Cela permettrait une redéfinition de la relation thérapeutique et éventuellement une amélioration de celle-ci.

En psychiatrie, alors que la relation thérapeutique est capitale, le domaine a été peu exploré. À ce jour, seuls des outils gravitant autour

des habiletés de communication ont majoritairement été explorés chez les résidents en psychiatrie. Nos résultats sont consistants avec la revue systématique de Ditton-Phare et coll. (2017). Toutefois, étant donné la grande hétérogénéité des interventions et des outils d'évaluation, il est difficile de comparer les études selon leur efficacité globale, leur impact réel en pratique clinique ou leur impact sur les résultats des patients, et selon la rémanence de leur effet à moyen et long terme. Ces habiletés de communication incluent diverses modalités dont la communication verbale et non verbale (contact visuel, langage corporel, gestuelle, expression faciale) ainsi que l'écoute active. Il est à noter que Brown et Bylund (2008) considèrent que ces habiletés peuvent être apprises.

Les formations sur les compétences de communication (CST, Communication Skills Training), dont celle développée pour la schizophrénie, *ComPsych*, sont l'une de ces méthodes démontrées efficaces dans le domaine médical selon Maguire et Pitceathly, (2002). En effet, on retrouve chez les patients une plus grande satisfaction, une meilleure adhésion au traitement, une meilleure compréhension de leur maladie et des traitements (Ditton-Phare et coll. 2015) ainsi qu'une plus grande autocritique. Loughland et coll., (2015) ont également démontré que chez le clinicien, la méthode de *ComPsych* permet une meilleure identification des problèmes des patients, améliore le bien-être, la confiance en ses capacités et diminue le stress tout en diminuant la détresse vécue. Ditton-Phare et coll. (2016) constatent aussi une amélioration concernant la discussion sur l'agenda de la rencontre et la validation des préférences du patient à la suite de l'information reçue. Les compétences concernant le questionnaire, particulièrement pour poser des questions ouvertes, se sont toutefois détériorées. Cela soulève un questionnement quant à savoir si l'introduction et l'emphase mises sur de nouvelles techniques n'entraîneraient pas un délaissement des anciennes.

Rose McCabe et coll. (2016) analysent aussi les habiletés de communication en psychiatrie, dans le cadre d'un programme pédagogique multimodal¹ que les auteurs ont développé durant une année. Les auteurs montrent que la volonté de parler de manière compréhensible et acceptable pour le patient avec l'objectif d'avoir une bonne compréhension partagée entre le psychiatre et le patient peut être spécifiquement enseignée et que cela améliore la relation thérapeutique avec les patients aux prises avec une psychose.

1. http://medicine.exeter.ac.uk/media/universityofexeter/medicalschooll/profiles/TEMPO_full_manual.pdf

Une des limitations majeures de notre revue découle du peu d'études sur le sujet. En conséquence, les mêmes études sont souvent citées entre elles et les mêmes auteurs sont ressortis à de plusieurs reprises. C'est d'ailleurs la raison pour laquelle la revue de littérature de Papageorgiou et coll. (2017), spécifiquement sur le CST, n'a retenu qu'une seule étude, soit celle de Rose McCabe et coll. (2016) que nous avons également retenue lors de notre revue de littérature. Les études sont également peu explicites sur les détails des sessions pour les reproduire ou sur les données sociodémographiques des participants pour les comparer.

Cette revue de littérature souffre d'autres limitations :

- l'absence de définition consensuelle des concepts de relation thérapeutique et d'empathie ;
- la variation des outils de mesures ;
- les échantillons de faible nombre ;
- l'absence d'étude de reproductibilité ;
- le manque d'étude randomisée contrôlée et de niveau 4 du modèle Kirkpatrick similairement à ce qui est rapporté par Ditton-Phare et coll., 2015 ;
- l'utilisation de différentes échelles et mesures subjectives de l'empathie d'une étude à l'autre, rendant leur comparaison ardue. Les plus utilisées sont l'échelle STAR et la *Working Alliance Inventory* (WAI) (Harris et Panozzo 2019) ;
- l'absence de groupe de comparaison dans les études avec d'autres techniques permettant l'amélioration de la relation thérapeutique et de l'empathie est également un autre enjeu limitant la puissance des études.

Il nous est apparu aussi que les aspects multidimensionnels de la relation thérapeutique et de l'empathie rendent leur enseignement difficile. Cela se reflète à travers la littérature où plus d'une méthode est proposée. Par exemple, l'empathie est un processus multidimensionnel qui peut être subdivisé en 3 aspects : émotionnel, cognitif et comportemental d'après Thompson et coll. (2019). Tous ces aspects doivent être réunis pour produire une empathie dite mature et donc une relation thérapeutique de bonne qualité (Stepien et Baernstein, 2006).

En conclusion, même si notre revue de la littérature ne permet pas de donner des conclusions formelles afin de guider les pédagogues et les professeurs, elle suggère que l'enseignement de telles compétences est possible. Ceci est en accord avec la pratique clinique, le sens clinique et

les manuels pédagogiques nous indiquant qu'enseigner les compétences pour établir une relation thérapeutique positive améliore les résultats des patients. Cependant, il reste à démontrer à moyen et long terme que les méthodes proposées sont efficaces.

Nos recommandations :

- 1- Définir et utiliser des définitions consensuelles de l'alliance thérapeutique et des compétences clés associées, telles que l'empathie;
- 2- Continuer de réaliser des études en pédagogie médicale telles que soulevées par Teding van Berkhout et coll., (2016), spécifiquement chez les résidents en psychiatrie, dans le cadre de la psychose et d'autres troubles mentaux, afin de déterminer les compétences clés pour établir une alliance thérapeutique positive et améliorer l'empathie.
- 3- Continuer de réaliser des études en pédagogie médicale afin de trouver des interventions pédagogiques innovantes (allant des ateliers théoriques, aux ateliers de théâtre, aux ateliers servant à améliorer les compétences de communication et les relations interpersonnelles, aux jeux de rôle, aux patients simulés, aux exercices de prise de perspective, aux simulations utilisant les nouvelles technologies [Louie et coll., 2018], aux ateliers de pleine conscience...) comme le soulignait déjà Batt-Rawden et coll., (2013) et Patel et coll., (2019) afin d'enseigner une ou plusieurs compétences citées ci-dessus;
- 4- Élaborer des outils de pédagogie ciblant spécifiquement le domaine affectif (Younas et Maddigan, 2019) ainsi que les enjeux reliés au patient limitant la relation thérapeutique: faire des interventions pédagogiques concernant des symptômes spécifiques comme des interventions pédagogiques ciblant l'entente de voix, et/ou la méfiance, et/ou les délires paranoïdes, et/ou les biais cognitifs de la psychose, et/ou la motivation, et/ou l'attention sociale et/ou d'autres symptômes négatifs de la psychose. (Krishnasamy et coll., 2019); en quelque sorte se mettre dans les chaussures de l'autre tel que le recommandent Corring et Cook, (1999);
- 5- Améliorer la méthodologie de ces études (puissance, validités interne et externe): échantillons plus grands, étudier un outil thérapeutique à la fois, études contrôlées randomisées, utiliser des outils de mesures validés;
- 6- Réaliser des études de niveau 4 du modèle de Kirckpatrick, tel que déjà proposé par Ditton-Phare et coll., (2015) afin d'évaluer l'efficacité de ces outils sur les patients et la stabilité et la rémanence de leurs effets;

- 7- Définir ensuite les meilleures pratiques (format, nombre de sessions, sessions de rappels, etc.).

Remerciements

Nous tenons à remercier la Dre Larissa Takser pour son aide et sa relecture du présent article.

Matériel supplémentaire

TABEAU 2
Stratégie de recherche sur MEDLINE (OVID) — 4 MAI 2020

#	Searches	Results
1	((therapeutic or working or helping) adj2 alliance*).tw.	3 223
2	exp Professional-Patient Relations/	141 438
3	((patient ? or client ? or individual ? or interpersonal or professional or therapeutic or physician ? or doctor ?) adj2 relation*).tw.	45 576
4	Empathy/	18 706
5	empath*.tw.	15 342
6	1 or 2 or 3 or 4 or 5	196 136
7	exp Schizophrenia/	103 800
8	(schizophreni* or schizoaffective or « dementia praecox »).tw.	122 293
9	exp Psychotic Disorders/	51 658
10	(psychotic* or psychos?s).tw.	66 078
11	7 or 8 or 9 or 10	200 916
12	psychiatrist?.tw.	24 960
13	« Internship and Residency »/	49 009
14	(resident ? or residenc*3 or trainee ? or internship* or training).tw.	591 611
15	12 or 13 or 14	625 877
16	6 and 11 and 15	472
17	limit 16 to (yr= »1912 -Current » and english)	380

TABLEAU 3

Stratégie de recherche sur PsycInfo (EBSCO) – 4 MAI 2020

#	Query	Results
S1	DE «Therapeutic Alliance»	4 875
S2	(therapeutic OR working OR helping) N2 alliance*	9 764
S3	(patient ? OR client ? OR individual ? OR interpersonal OR professional OR therapeutic OR physician ? OR doctor ?) N2 relation*	133 633
S4	empathy	29 539
S5	S1 OR S2 OR S3 OR S4	164 918
S6	DE «Schizophrenia» OR DE «Acute Schizophrenia» OR DE «Catatonic Schizophrenia» OR DE «Childhood Schizophrenia» OR DE «Paranoid Schizophrenia» OR DE «Process Schizophrenia» OR DE «Schizoaffective Disorder» OR DE «Schizophrenia (Disorganized Type)» OR DE «Schizophreniform Disorder» OR DE «Undifferentiated Schizophrenia»	100 126
S7	schizophreni* OR schizoaffective OR «dementia praecox»	151 269
S8	DE «Psychosis» OR DE «Acute Psychosis» OR DE «Affective Psychosis» OR DE «Alcoholic Psychosis» OR DE «Capgras Syndrome» OR DE «Childhood Psychosis» OR DE «Chronic Psychosis» OR DE «Experimental Psychosis» OR DE «Hallucinosi» OR DE «Paranoia (Psychosis)» OR DE «Postpartum Psychosis» OR DE «Reactive Psychosis» OR DE «Schizophrenia» OR DE «Senile Psychosis» OR DE «Toxic Psychoses»	119 683
S9	psychotic OR psychos?s	127 868
S10	S6 OR S7 OR S8 OR S9	197 055
S11	DE «Psychiatrists»	11 550
S12	Psychiatrist ?	45 071
S13	DE «Medical Residency»	4 475
S14	DE «Medical Internship»	503
S15	DE «Psychiatric Training»	4 302
S16	resident ? OR residenc ? OR trainee ? OR internship* OR training)	418 673
S17	S11 OR S12 OR S13 OR S14 OR S15 OR S16	455 301
S18	S5 AND S10 AND S17	1 001
S19	S18 Limiters - Published Date: 19120101- ; English	876

TABLEAU 4
Stratégie de recherche sur Scopus – 4 MAI 2020

(((TITLE-ABS-KEY (((therapeutic OR working OR helping) W/2 alliance*))) OR (TITLE-ABS-KEY (((patient* OR client* OR individual* OR interpersonal OR professional OR therapeutic) W/2 relation*))) OR (TITLE-ABS-KEY (empath*))) AND ((TITLE-ABS-KEY ((schizophreni* OR schizoffective OR "dementia praecox")))) OR (TITLE-ABS-KEY ((psychotic OR psychosis OR psychoses)))) AND (TITLE-ABS-KEY ((psychiatrist* OR internship* OR resident* OR residenc* OR training OR trainee*))) AND NOT (INDEX (medline)) AND (LIMIT-TO (LANGUAGE , "English")) > 1912: 224 document results

TABLEAU 5
Récapitulatif de l'ensemble des résultats
Recherche au 4 mai 2020

Medline (via Ovid)	380 références
PsycInfo (EBSCO)	876 références
Scopus	224 références
Total avant retrait des doublons	1 480 références
Total après retrait des doublons	1 169 références

RÉFÉRENCES

1. Amador, X. F. (2012). *I am not sick, I don't need help! helping the seriously ill accept treatment: a practical guide for: families and therapists*. Vida Press.

2. Anthony, W. A. (1993). Recovery from mental illness: The guiding vision of the mental health service system in the 1990s. *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 16(4), 11-23. <https://doi.org/10.1037/h0095655>

3. Batt-Rawden, S. A., Chisolm, M. S., Anton, B. et Flickinger, T. E. (2013). Teaching Empathy to Medical Students: An Updated, Systematic Review. *Academic Medicine*, 88(8), 1171-1177. <https://doi.org/10.1097/ACM.0b013e318299f3e3>

4. Bentley, P. G., Kaplan, S. G. et Mokonogho, J. (2018). Relational Mindfulness for Psychiatry Residents: a Pilot Course in Empathy Development and Burnout Prevention. *Academic Psychiatry*, 42(5), 668-673. <https://doi.org/10.1007/s40596-018-0914-6>

5. Berger, P., Bitsch, F., Jakobi, B., Nagels, A., Straube, B. et Falkenberg, I. (2019). Cognitive and emotional empathy in patients with schizophrenia spectrum disorders: A replication and extension study. *Psychiatry Research*, 276, 56-59. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2019.04.015>

6. Brown, R. F. et Bylund, C. L. (2008). Communication skills training: describing a new conceptual model. *Academic Medicine: Journal of the Association of American Medical Colleges*, 83(1), 37-44. <https://doi.org/10.1097/ACM.0b013e31815c631e>
7. Browne, J., Bass, E., Mueser, K. T., Meyer-Kalos, P., Gottlieb, J. D., Estroff, S. E. et Penn, D. L. (2019). Client predictors of the therapeutic alliance in individual resiliency training for first episode psychosis. *Schizophrenia Research*, 204, 375-380. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2018.07.035>
8. Bunn, W. et Terpstra, J. (2009). Cultivating empathy for the mentally ill using simulated auditory hallucinations. *Academic Psychiatry: The Journal of the American Association of Directors of Psychiatric Residency Training and the Association for Academic Psychiatry*, 33(6), 457-460. <https://doi.org/10.1176/appi.ap.33.6.457>
9. Cavelti, M., Homan, P. et Vauth, R. (2016). The impact of thought disorder on therapeutic alliance and personal recovery in schizophrenia and schizoaffective disorder: An exploratory study. *Psychiatry Research*, 239, 92-98. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2016.02.070>
10. Charpentier, A., Goudemand, M. et Thomas, P. (2009). L'alliance thérapeutique, un enjeu dans la schizophrénie. *L'Encéphale*, 35(1), 80-89. <https://doi.org/10.1016/j.encep.2007.12.009>
11. Chen, A., Hanna, J. J., Manohar, A. et Tobia, A. (2018a). Teaching Empathy: the Implementation of a Video Game into a Psychiatry Clerkship Curriculum. *Academic Psychiatry*, 42(3), 362-365. <https://doi.org/10.1007/s40596-017-0862-6>
12. Corring, D. et Cook, J. (1999). Client-Centred Care Means that I am a Valued Human Being. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 66(2), 71-82. <https://doi.org/10.1177/000841749906600203>
13. Ditton-Phare, P., Halpin, S., Sandhu, H., Kelly, B., Vamos, M., Outram, S., Bylund, C. L., Levin, T., Kissane, D., Cohen, M. et Loughland, C. (2015). Communication skills in psychiatry training. *Australasian Psychiatry*, 23(4), 429-431. <https://doi.org/10.1177/1039856215590026>
14. Ditton-Phare, P., Loughland, C., Duvivier, R. et Kelly, B. (2017). Communication skills in the training of psychiatrists: A systematic review of current approaches. *Australian et New Zealand Journal of Psychiatry*, 51(7), 675-692. <https://doi.org/10.1177/0004867417707820>
15. Ditton-Phare, P., Sandhu, H., Kelly, B., Kissane, D. et Loughland, C. (2016). Pilot Evaluation of a Communication Skills Training Program for Psychiatry Residents Using Standardized Patient Assessment. *Academic Psychiatry*, 40(5), 768-775. <https://doi.org/10.1007/s40596-016-0560-9>
16. Farrelly, S., Brown, G., Szmukler, G., Rose, D., Birchwood, M., Marshall, M., Waheed, W. et Thornicroft, G. (2014). Can the therapeutic relationship predict 18 month outcomes for individuals with psychosis? *Psychiatry Research*, 220(1-2), 585-591. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2014.07.032>
17. Fossen, P. et Stoeckel, P. R. (2016). Nursing Students' Perceptions of a Hearing Voices Simulation and Role-Play: Preparation for Mental Health Clinical Practice. *The Journal of Nursing Education*, 55(4), 203-208. <https://doi.org/10.3928/01484834-20160316-04>

18. Frank, A. F. et Gunderson, J. G. (1990). The role of the therapeutic alliance in the treatment of schizophrenia. Relationship to course and outcome. *Archives of General Psychiatry*, 47(3), 228-236. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.1990.01810150028006>
19. Galletly, C. et Burton, C. (2011). Improving medical student attitudes towards people with schizophrenia. *The Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 45(6), 473-476. <https://doi.org/10.3109/00048674.2011.541419>
20. Goeree, R., Farahati, F., Burke, N., Blackhouse, G., O'Reilly, D., Pyne, J. et Tarride, J. -E. (2005). The economic burden of schizophrenia in Canada in 2004. *Current Medical Research and Opinion*, 21(12), 2017-2028. <https://doi.org/10.1185/030079905X75087>
21. Goldsmith, L. P., Lewis, S. W., Dunn, G. et Bentall, R. P. (2015). Psychological treatments for early psychosis can be beneficial or harmful, depending on the therapeutic alliance: an instrumental variable analysis. *Psychological Medicine*, 45(11), 2365-2373. <https://doi.org/10.1017/S003329171500032X>
22. Harris, B. A. et Panozzo, G. (2019). Therapeutic alliance, relationship building, and communication strategies-for the schizophrenia population: An integrative review. *Archives of Psychiatric Nursing*, 33(1), 104-111. <https://doi.org/10.1016/j.apnu.2018.08.003>
23. Hojat, M., Vergare, M. J., Maxwell, K., Brainard, G., Herrine, S. K., Isenberg, G. A., Veloski, J. et Gonnella, J. S. (2009). The Devil is in the Third Year: A Longitudinal Study of Erosion of Empathy in Medical School: *Academic Medicine*, 84(9), 1182-1191. <https://doi.org/10.1097/ACM.0b013e3181b17e55>
24. Houde, P. et Baki, A. (2018). Guide de pratique pour le traitement cognitif-comportemental des troubles psychotiques, 142.
25. Kirkpatrick, J. D. (2016). *Kirkpatrick's Four Levels of Training Evaluation*. ATD Press (30 octobre 2016).
26. Krishnasamy, C., Ong, S. Y., Loo, M. E. et Thistlethwaite, J. (2019). How does medical education affect empathy and compassion in medical students? A meta-ethnography: BEME Guide No. 57. *Medical Teacher*, 41(11), 1220-1231. <https://doi.org/10.1080/0142159X.2019.1630731>
27. Le Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada. (2015). *Objectifs de la formation spécialisée en psychiatrie*. http://www.royalcollege.ca/rcsite/documents/ibd/psychiatry_otr_f
28. Loughland, C., Kelly, B., Ditton-Phare, P. et Sandhu, H. (2015). Improving Clinician Competency in Communication About Schizophrenia: a Pilot Educational Program for Psychiatry Trainees. *Academic Psychiatry*, 39(2), 160-164. <https://doi.org/10.1007/s40596-014-0195-7>
29. Louie, A. K., Coverdale, J. H., Balon, R., Beresin, E. V., Brenner, A. M., Guerrero, A. P. S. et Roberts, L. W. (2018). Enhancing Empathy: a Role for Virtual Reality? *Academic Psychiatry*, 42(6), 747-752. <https://doi.org/10.1007/s40596-018-0995-2>
30. Maguire, P. et Pitceathly, C. (2002). Key communication skills and how to acquire them. *BMJ: British Medical Journal*, 325(7366), 697-700.
31. McCabe, Rose, John, P., Dooley, J., Healey, P., Cushing, A., Kingdon, D., Bremner, S. et Priebe, S. (2016). Training to enhance psychiatrist communication with

- patients with psychosis (TEMPO): cluster randomised controlled trial. *British Journal of Psychiatry*, 209(6), 517-524. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.115.179499>
32. McCabe, Rosemarie, Bullenkamp, J., Hansson, L., Lauber, C., Martinez-Leal, R., Rössler, W., Salize, H. J., Svensson, B., Torres-Gonzalez, F., van den Brink, R., Wiersma, D. et Priebe, S. (2012). The Therapeutic Relationship and Adherence to Antipsychotic Medication in Schizophrenia. *PLoS ONE*, 7(4), e36080. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0036080>
33. McCabe, Rosemarie et Priebe, S. (2004). The Therapeutic Relationship in the Treatment of Severe Mental Illness: A Review of Methods and Findings. *International Journal of Social Psychiatry*, 50(2), 115-128. <https://doi.org/10.1177/0020764004040959>
34. Neumann, M., Edelhäuser, F., Tauschel, D., Fischer, M. R., Wirtz, M., Woopen, C., Haramati, A. et Scheffer, C. (2011). Empathy Decline and Its Reasons: A Systematic Review of Studies With Medical Students and Residents. *Academic Medicine*, 86(8), 996-1009. <https://doi.org/10.1097/ACM.0b013e318221e615>
35. O'Brien, A., Fahmy, R. et Singh, S. P. (2009). Disengagement from mental health services: A literature review. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 44(7), 558-568. <https://doi.org/10.1007/s00127-008-0476-0>
36. Papageorgiou, A., Loke, Y. K. et Fromage, M. (2017). Communication skills training for mental health professionals working with people with severe mental illness. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD010006.pub2>
37. Patel, S., Pelletier-Bui, A., Smith, S., Roberts, M. B., Kilgannon, H., Trzeciak, S. et Roberts, B. W. (2019). Curricula for empathy and compassion training in medical education: A systematic review. *PloS One*, 14(8), e0221412. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0221412>
38. Riches, S., Khan, F., Kwieder, S. et Fisher, H. L. (2019). Impact of an auditory hallucinations simulation on trainee and newly qualified clinical psychologists: A mixed-methods cross-sectional study. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 26(3), 277-290. <https://doi.org/10.1002/cpp.2349>
39. Riess, H., Kelley, J. M., Bailey, R. W., Dunn, E. J. et Phillips, M. (2012). Empathy Training for Resident Physicians: A Randomized Controlled Trial of a Neuroscience-Informed Curriculum. *Journal of General Internal Medicine*, 27(10), 1280-1286. <https://doi.org/10.1007/s11606-012-2063-z>
40. Santana, M. J., Manalili, K., Jolley, R. J., Zelinsky, S., Quan, H. et Lu, M. (2018). How to practice person-centred care: A conceptual framework. *Health Expectation: An International Journal of Public Participation in Health Care and Health Policy*, 21(2), 429-440. <https://doi.org/10.1111/hex.12640>
41. Shamseer, L., Moher, D., Clarke, M., Ghersi, D., Liberati, A., Petticrew, M., Shekelle, P., Stewart, L. A. et the PRISMA-P Group. (2015). Preferred reporting items for systematic review and meta-analysis protocols (PRISMA-P) 2015: elaboration and explanation. *BMJ*, 349(jan02 1), g7647-g7647. <https://doi.org/10.1136/bmj.g7647>
42. Shattock, L., Berry, K., Degnan, A. et Edge, D. (2018). Therapeutic alliance in psychological therapy for people with schizophrenia and related psychoses: A systematic review. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 25(1), e60-e85. <https://doi.org/10.1002/cpp.2135>

43. Skoy, E. T., Eukel, H. N., Frenzel, J. E., Werremeyer, A. et McDaniel, B. (2016). Use of an Auditory Hallucination Simulation to Increase Student Pharmacist Empathy for Patients with Mental Illness. *American Journal of Pharmaceutical Education*, 80(8), 142. <https://doi.org/10.5688/ajpe808142>
44. Smidt, A., Balandin, S., Sigafoos, J. et Reed, V. A. (2009). The Kirkpatrick model: A useful tool for evaluating training outcomes. *Journal of Intellectual & Developmental Disability*, 34(3), 266-274. <https://doi.org/10.1080/13668250903093125>
45. Stepien, K. A. et Baernstein, A. (2006). Educating for empathy. A review. *Journal of General Internal Medicine*, 21(5), 524-530. <https://doi.org/10.1111/j.1525-1497.2006.00443.x>
46. Teding van Berkhout, E., van Berkhout, E. T. et Malouff, J. M. (2016). The efficacy of empathy training: A meta-analysis of randomized controlled trials. *Journal of Counseling Psychology*, 63(1), 32-41. <https://doi.org/10.1037/cou0000093>
47. Tessier, A., Boyer, L., Husky, M., Baylé, F., Llorca, P.-M. et Misdrahi, D. (2017). Medication adherence in schizophrenia: The role of insight, therapeutic alliance and perceived trauma associated with psychiatric care. *Psychiatry Research*, 257, 315-321. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2017.07.063>
48. Thompson, N. M., Uusberg, A., Gross, J. J. et Chakrabarti, B. (2019). Empathy and emotion regulation: An integrative account. Dans *Progress in Brain Research* (vol. 247, p. 273-304). Elsevier. <https://doi.org/10.1016/bs.pbr.2019.03.024>
49. Warner, R. (2009). Recovery from schizophrenia and the recovery model: *Current Opinion in Psychiatry*, 22(4), 374-380. <https://doi.org/10.1097/YCO.0b013e32832c920b>
50. Wünderich, M., Schwartz, C., Feige, B., Lemper, D., Nissen, C. et Voderholzer, U. (2017). Empathy training in medical students—a randomized controlled trial. *Medical Teacher*, 39(10), 1096-1098. <https://doi.org/10.1080/0142159X.2017.1355451>
51. Younas, A. et Maddigan, J. (2019). Proposing a policy framework for nursing education for fostering compassion in nursing students: A critical review. *Journal of Advanced Nursing*, 75(8), 1621-1636. <https://doi.org/10.1111/jan.13946>
52. Ziółkowska-Rudowicz, E. et Kładna, A. (2010). [Empathy-building of physicians. Part I—A review of applied methods]. *Polski Merkuriusz Lekarski: Organ Polskiego Towarzystwa Lekarskiego*, 29(172), 277-281.

Premiers épisodes psychotiques : défis pratiques de l'intervention précoce

Le dossier du présent numéro a été coordonné par Amal Abdel-Baki et Marc-André Roy avec la collaboration de Marc Corbière (rédacteur en chef, Thématiques) et Nadine Larivière (rédactrice en chef, Mosaïque).

ÉDITORIAL

Emmanuel Stip

De Kraepelin au tremplin de l'IEPA : avant-propos sur les premiers épisodes psychotiques et les prodromes

PRÉSENTATION

Amal Abdel-Baki et Marc-André Roy

Intervenir auprès des jeunes atteints de premier épisode psychotique : un recueil de savoirs et d'expériences en francophonie québécoise

Marc-André Roy, David Olivier et Amandine Cambon

De Kraepelin à McGorry : vision scientifique et récit expérientiel autour d'un changement de paradigme majeur

Bastian Bertulies-Esposito, Roxanne Sicotte, Srividya N. Iyer, Cynthia Delfosse, Nicolas Girard, Marie Nolin, Marie Villeneuve, Philippe Conus et Amal Abdel-Baki

Détection et intervention précoce pour la psychose : pourquoi et comment ?

Jean-François Morin, Jean-Gabriel Daneault, Marie-Odile Krebs, Jai Shah et Alessandra Solida-Tozzi

L'état mental à risque : au-delà de la prévention de la psychose

Laurent Béchar, Olivier Corbeil, Esthel Malenfant, Catherine Lehoux Emmanuel Stip, Marc-André Roy et Marie-France Demers

Une approche de la psychopharmacologie des premiers épisodes psychotiques axée sur le rétablissement

Marie-Hélène Morin, Anne-Sophie Bergeron, Mary Anne Levasseur, Srividya N. Iyer et Marc-André Roy

Les approches familiales en intervention précoce : repères pour guider les interventions et soutenir les familles dans les programmes d'intervention pour premiers épisodes psychotiques (PPEP)

William Pothier, Tania Lecomte, Caroline Cellard, Cynthia Delfosse, Stéphane Fortier et Marc Corbière

La réinsertion professionnelle et le retour aux études chez les personnes en début d'évolution d'un trouble psychotique

Julie Marguerite Deschênes, Laurence Roy, Nicolas Girard et Amal Abdel-Baki

Comment aider les jeunes atteints de psychose à éviter l'itinérance ?

Elisabeth Thibaut, Delphine Raucher-Chéné, Laurent Lecardeur, Caroline Cellard, Martin Lepage et Tania Lecomte

Les interventions psychosociales destinées aux personnes composant avec un premier épisode psychotique : une revue narrative et critique

Ahmed Jérôme Romain, Paquito Bernard, Florence Piché, Laurence Kern, Clairéline Ouellet-Plamondon, Amal Abdel-Baki et Marc-André Roy

Mens sana in corpore sano : l'intérêt de l'activité physique auprès des jeunes ayant eu un premier épisode psychotique

Clairéline Ouellet-Plamondon, Amal Abdel-Baki et Didier Jutras-Aswad

Premier épisode psychotique et trouble de l'usage de substance concomitants : revue narrative des meilleures pratiques et pistes d'approches adaptées pour l'évaluation et le suivi

Olivier Corbeil, Félix-Antoine Bérubé, Laurence Artaud et Marc-André Roy

Détecter et traiter les troubles comorbides aux premiers épisodes psychotiques : un levier pour le rétablissement

Salomé M. Xavier, G. Eric Jarvis, Clairéline Ouellet-Plamondon, Geneviève Gagné, Amal Abdel-Baki et Srividya N. Iyer

Comment les services d'intervention précoce pour la psychose peuvent-ils mieux servir les migrants, les minorités ethniques et les populations autochtones ?

Bastian Bertulies-Esposito, Amal Abdel-Baki, Philippe Conus et Marie-Odile Krebs

L'union fait la force : initier un mouvement francophone national et international pour l'implantation de l'intervention précoce

Ashok Malla, Marc-André Roy, Amal Abdel-Baki, Philippe Conus et Patrick McGorry

Intervention précoce pour les premiers épisodes psychotiques d'hier à demain : comment relever les défis liés à son déploiement pour en maximiser les bénéfices ?

MOSAÏQUE

Laurie Pelletier, Sylvain Grignon et Kevin Zemour

Revue systématique : outils pédagogiques pour améliorer la relation thérapeutique des psychiatres et résidents en psychiatrie envers les patients souffrant de psychose

ISBN 978-2-9819563-3-0



9 782981 956330