

■
Cadre de référence

Programmes d'interventions pour premiers épisodes psychotiques (PIPEP)

■ ■ ■

■

■

■

18-914-12W

ÉDITION

La Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux

Le présent document est disponible uniquement en version électronique à l'adresse :
www.msss.gouv.qc.ca section **Publications**.

Le genre masculin utilisé dans ce document désigne aussi bien les femmes que les hommes.

Dépôt légal
Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2018
Bibliothèque et Archives Canada, 2018

ISBN : 978-2-550-81930-1 (2^e édition, 2018)
ISBN : 978-2-550-79795-1 (1^{re} édition, 2017)

Tous droits réservés pour tous pays. La reproduction, par quelque procédé que ce soit, la traduction ou la diffusion de ce document, même partielles, sont interdites sans l'autorisation préalable des Publications du Québec. Cependant, la reproduction de ce document ou son utilisation à des fins personnelles, d'étude privée ou de recherche scientifique, mais non commerciales, sont permises à condition d'en mentionner la source.

Responsable
Coordination
Recherche et rédaction

Docteur André Delorme
Madame Josée Lepage
Docteure Chantal Caron

Collaboration à la recherche
et à la rédaction

Madame Mélanie Arbour
Madame Sophie Bélanger
Madame Anne-Louise Brassard
Madame Manon Duhamel
Madame Dorice Grenier
Madame Madeleine Fex
Monsieur William Murray

Collaboration aux travaux
et aux consultations

Madame Rachel Simard
Madame Cloé Steffen

Comité de lecture

Docteure Amal Abdel-Baki
Madame Annie Bossé
Madame Cynthia Delfosse
Docteure Nathalie Gingras
Docteur Antoine Groulx
Monsieur Michel Gilbert
Monsieur Olivier Jackson
Madame Émilie Lebrun
Docteure Sophie L'Heureux
Docteure Frédérique Nadeau
Docteur David Olivier
Monsieur Jean-François Vézina

REMERCIEMENTS

La Direction de la santé mentale désire remercier toutes les personnes qui ont, de près ou de loin, soutenu son équipe dans l'élaboration du Cadre de référence des programmes d'interventions pour premiers épisodes psychotiques.

SIGLES

AQPPEP : Association québécoise des programmes pour premiers épisodes psychotiques

CISSS : centre intégré de santé et de services sociaux

CIUSSS : centre intégré universitaire de santé et de services sociaux

CNESM : Centre national d'excellence en santé mentale

EPPIC : *early psychosis prevention and intervention centre*

ETC : équivalent temps complet

FACT : *flexible assertive community treatment*

GMF : groupe de médecine familiale

MSSS : Ministère de la Santé et des Services sociaux

NICE : National Institute for Health and Care Excellence (Royaume-Uni)

PASM : Plan d'action en santé mentale

PIPEP : programme d'interventions lors de premiers épisodes psychotiques

RUIS : réseau universitaire intégré en santé

SBNI : soutien de base non intensif

SIM : soutien intensif dans le milieu

SIV : soutien d'intensité variable

Table des matières

1	INTRODUCTION	1
1.1	Mise en contexte	2
2	OBJECTIFS, NORMES ET MODALITÉS D’INSTAURATION	5
2.1	Objectif du cadre de référence	5
2.2	Principes directeurs	6
2.3	Objectifs organisationnels et cliniques d’un PIPEP	8
2.3.1	Objectifs organisationnels	8
2.3.2	Objectifs cliniques	9
2.4	Modalités organisationnelles d’un PIPEP	9
2.4.1	Population visée	9
2.4.2	Méthodes d’orientation et standards ministériels relatifs aux délais d’accès	10
2.4.3	Composition des équipes de PIPEP	11
2.5	Modalités cliniques d’un PIPEP	16
2.5.1	Principes cliniques qui sous-tendent l’offre de soins et services	16
2.5.2	Gamme des services mis en place	17
2.5.2.2	Évaluation biopsychosociale	18
2.5.2.3	Maintien du lien avec le milieu qui dirige vers le PIPEP	18
2.5.2.4	Plan d’intervention axé sur le rétablissement et le mieux-être à jour	19
2.5.2.5	Évaluation, intervention et traitement des troubles mentaux qui coexistent	19
2.5.2.6	Intervention	19
2.5.2.7	Traitement d’un premier épisode psychotique et intervention	20
2.5.2.8	Intervention visant la prévention de la psychose chez les personnes à risque accru de psychose	20
2.5.2.9	Service de réinsertion professionnelle, de rattachement scolaire et de maintien en emploi et aux études	20
2.5.2.10	Soutien aux membres de l’entourage	21
2.5.2.11	Lien vers les services appropriés à la fin de la période de soins	21
2.5.2.12	Assurer la continuité des soins	22
2.5.2.13	Tableau 1 Gamme des services à mettre en place et population visée par le PIPEP de chaque établissement responsable d’offrir des services de santé mentale au Québec	23
3	OBJECTIFS DE QUALITÉ, NORMES, INDICATEURS DE PERFORMANCE ET RÉSULTATS VISÉS	25
3.1	Composition des équipes	26
3.2	Sensibilisation, information et lutte contre la stigmatisation	32
3.3	Accès facile et rapide au PIPEP	34
3.4	Évaluation psychiatrique (biopsychosociale) sans délai	36
3.5	Lien avec le milieu qui dirige une personne vers le PIPEP	40

3.6	Plan d'intervention axé sur le rétablissement et le mieux-être à jour	41
3.7	Évaluation, intervention et traitement des troubles mentaux qui coexistent	42
3.8	Intervention intensive et de proximité.....	43
3.9	La prévention d'un premier épisode psychotique chez les personnes à risque accru de psychose ...	44
3.10	Traitement d'un premier épisode psychotique et intervention, selon les données probantes.....	46
3.11	Soutien aux membres de l'entourage	49
3.12	Service de réinsertion professionnelle, de raccrochage scolaire et de maintien en emploi et aux études	50
3.13	Lien vers les services appropriés à la fin de la période de soins	51
3.14	Continuité des soins	52
3.15	Satisfaction de la clientèle	53
4	ÉVALUATION – UTILISATION DES INDICATEURS DE PERFORMANCE	54
5	RESPONSABILITÉS RELATIVES À LA RÉALISATION DES PIPEP	54
5.1	Responsabilités à l'échelle nationale.....	54
5.1.1	Responsable des PIPEP au MSSS.....	54
5.1.2	Responsabilité du CNESM	54
5.1.3	Établissement responsable de la centralisation des données des PIPEP	55
5.2	Responsabilité locale	55
5.2.1	Établissements offrant un PIPEP.....	55
	Bibliographie	56

1 INTRODUCTION

La psychose est un trouble mental sérieux et fréquent. Un peu plus de 3 % de la population sera atteinte de psychose d'une nature ou d'une autre au cours de sa vie¹. Le taux d'incidence de premier épisode psychotique est de 34 à 44 nouveaux cas par 100 000 personnes-années². Dans la majorité des cas, le premier épisode psychotique est la manifestation de la schizophrénie (51 %) ou d'un autre trouble psychotique non affectif (32,5 %) ³. On estime que le pronostic à long terme de ces pathologies est intimement lié à la durée de la psychose non traitée et au maintien du traitement. Plus l'évolution de la psychose est freinée rapidement par le traitement et les interventions, meilleur sera le pronostic⁴. Plus l'engagement de la personne à s'impliquer dans son traitement sera soutenu, moins les rechutes risquent d'être rapides et fréquentes⁵ et moins l'atteinte cognitive et sociale qui en résultera sera importante à court et moyen terme. C'est pourquoi il est essentiel d'élaborer un programme permettant la détection, le plus tôt possible, des signes et des symptômes psychotiques et visant le plein engagement de la personne à s'impliquer dans son traitement.

Les données probantes appuient l'instauration d'équipes interdisciplinaires pour détecter tôt et traiter rapidement les personnes qui vivent un premier épisode psychotique et celles à risque accru de psychose, afin de leur offrir, ainsi qu'à leurs proches, les services essentiels permettant un engagement actif vers le rétablissement⁶. Au Canada et au Québec, on trouve de telles équipes, mais à certains endroits seulement, et l'on observe une hétérogénéité des services offerts d'une équipe à une autre⁷. Le présent cadre de référence⁸ concernant les programmes d'interventions pour premiers épisodes psychotiques (PIPEP) vise à énoncer les objectifs, les normes et les modalités organisationnelles et cliniques relatifs à l'instauration de PIPEP dans tous les établissements responsables d'offrir des services de santé mentale au Québec. Il vise à ce que l'offre de services soit **homogène** d'un établissement à un autre, tout en s'adaptant aux particularités de la région desservie, d'un

¹ J. PERÄLÄ et autres. « Lifetime Prevalence of Psychotic and Bipolar I Disorders in a General Population », *Archives of General Psychiatry*, vol. 64, n° 1, 2007, p. 19-28.

² J. B. KIRKBRIDE et autres. « The Epidemiology of First-Episode Psychosis in Early Intervention in Psychosis Services: Findings from the Social Epidemiology of Psychoses in East Anglia [SEPEA] Study », *The American Journal of Psychiatry*, vol. 174, n° 2, 1^{er} février 2017, p. 143-153.

³ *Ibid.*

⁴ M. PENTTILÄ et autres. « Duration of untreated psychosis as predictor of long-term outcome in schizophrenia: systematic review and meta-analysis », *The British Journal of Psychiatry*, n° 205, 2014, p. 88-94.

⁵ J. M. PELAYO-TERÁN et autres. « Rates and predictors of relapse in first-episode non-affective psychosis: a 3-year longitudinal study in a specialized intervention program (PAFIP) », *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, vol. 267, n° 4, 2016, p. 315-323.

⁶ J. BERLOTTE et P. MCGORRY au nom de l'Organisation mondiale de la Santé et de l'International Early Psychosis Association. « Early intervention and recovery for young people with early psychosis: consensus », *British Journal of Psychiatry*, n° 187 (suppl. 48), 2005, p. s116 à s119.

⁷ M. NOLIN et autres. « Early Intervention for Psychosis in Canada: What Is the State of Affairs? Intervention précoce pour la psychose au Canada : Quel est l'état de la situation? », *The Canadian Journal of Psychiatry/La Revue Canadienne de Psychiatrie*, vol. 61, n° 3, 2016, p. 186-194.

⁸ Un cadre de référence énonce un ensemble de **balises, de normes, de critères et de principes généraux**. Il ne s'agit pas d'un guide de pratique clinique.

point de vue tant culturel que géographique. Afin d'en assurer la qualité, ce cadre intègre aussi le suivi des objectifs et des indices de qualité de chacun des PIPEP.

Après une mise en contexte, les prochaines pages traiteront d'abord de l'objectif du cadre de référence, des principes directeurs, des objectifs organisationnels et cliniques et des modalités d'application des PIPEP (population visée, méthode de référence, composition des équipes, gamme des services mis en place). La dernière partie définit les normes de qualité attendues et les indicateurs de performance qui seront utilisés pour évaluer la performance de chacun des PIPEP. On y traite aussi de l'utilisation des indicateurs de performance et des responsabilités relatives à la réalisation des PIPEP.

1.1 Mise en contexte

La psychose, soit l'altération du contact avec la réalité, modifie les perceptions, les pensées, l'humeur, les comportements et le fonctionnement au quotidien de l'individu. Elle représente un trouble mental majeur. Elle compte pour 37 % des jours d'hospitalisation en psychiatrie au Canada⁹. On estime à 3,48 % le taux de prévalence à vie de toutes les formes de psychose¹⁰. Celles-ci incluent les psychoses non affectives (prévalence à vie de 2,29 %; schizophrénie, trouble schizoaffectif, trouble schizophréniforme, trouble délirant, trouble psychotique bref, trouble psychotique non spécifié), les psychoses affectives (prévalence à vie de 0,62 %; trouble bipolaire 1 avec composante psychotique, trouble dépressif majeur avec composante psychotique), la psychose induite par une substance (prévalence à vie de 0,43 %) et le trouble psychotique secondaire à un trouble physique. Comme il est difficile de spécifier le type exact de psychose au début de l'épisode psychotique, **il est généralement recommandé d'inclure tous les types de psychoses dans les programmes d'interventions pour premiers épisodes psychotiques, à l'exception des psychoses secondaires à un trouble physique connu.**

La psychose débute le plus souvent entre 15 et 25 ans¹¹, si bien que 0,4 % des personnes de ce groupe d'âge en sont déjà atteintes¹². Il s'agit d'une période charnière du développement identitaire et psychosocial. Certains facteurs sont associés à une incidence plus grande, notamment la forte densité de la population, un taux élevé d'immigrants et la défavorisation socioéconomique¹³.

⁹ Source du calcul: INSTITUT CANADIEN D'INFORMATION SUR LA SANTÉ. BDSMMH Services de santé mentale en milieu hospitalier au Canada : tableaux supplémentaires, 16 août 2017, tableaux 1 et 2.

¹⁰ J. PERÁLÁ et autres. « Lifetime Prevalence of Psychotic and Bipolar I Disorders in a General Population », *Archives of General Psychiatry*, vol. 64, n° 1, janvier 2007, p. 19-28.

¹¹ L'âge de début d'un premier épisode de psychose est en moyenne de 24 ans et l'âge médian est de 21 ans. V. A. MORGAN et autres.

« People living with psychotic illness in 2010: The second Australian national survey of psychosis », *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, vol. 46, n° 8, p. 735-752.

¹² ROYAUME-UNI. NICE. *Psychosis and schizophrenia in children and young people: recognition and management (CG155)*, 2013, dernière mise à jour octobre 2016, p. 35 à 45.

¹³ J. B. KIRKBRIDE et autres. « The Epidemiology of First-Episode Psychosis in Early Intervention in Psychosis Services: Findings from the Social Epidemiology of Psychoses in East Anglia [SEPEA] Study », *American Journal of Psychiatry*, vol. 174, n° 2, 1^{er} février 2017, p. 143-153.

La psychose est souvent précédée par une période de prodrome d'une durée variable pouvant se prolonger pendant plusieurs années. Durant cette période, la personne présente des symptômes non spécifiques (ex. : troubles du sommeil) ainsi que des symptômes psychotiques atténués ou transitoires. Elle est alors considérée à risque accru¹⁴ de psychose^{15,16}. Plus la période entre les premiers symptômes de psychose et le début du traitement est courte, meilleur est le pronostic¹⁷. La grande majorité des personnes qui vivent un premier épisode psychotique connaîtront une rémission de leurs symptômes au cours de l'année qui suit le début du traitement. Toutefois, dans un contexte de services psychiatriques courants, environ 30 % des patients abandonnent prématurément leur traitement¹⁸. Il en résulte des conséquences dramatiques¹⁹. Le taux de rechutes suivant l'interruption de la médication est extrêmement élevé, soit 77 % à 1 an et 90 % à 2 ans²⁰. La durée de la première rémission est elle aussi directement associée à l'engagement de la personne atteinte de psychose à s'impliquer activement dans son traitement²¹.

L'expérience d'une psychose est bien souvent très souffrante et envahissante. La psychose interfère souvent avec l'emploi, la scolarisation et l'intégration sociale. De plus, cette situation impose une lourde charge aux proches. Le traitement pharmacologique, bien que son efficacité soit reconnue, est associé à des effets potentiels importants sur la santé physique. On observe aussi une surreprésentation de problèmes de santé de toutes sortes associés à la psychose, dont le tabagisme 64 %²², le syndrome métabolique (32 %²³ à 51 %²⁴), la consommation de drogues (48 %²⁵) et d'autres maladies mentales, qui

¹⁴ Une personne est considérée à risque accru de psychose si elle présente une détresse, un déclin de son fonctionnement social et qu'elle manifeste l'une ou l'autre des situations suivantes :

- des symptômes psychotiques transitoires ou atténués **OU**
- d'autres comportements indiquant une possible psychose **OU**
- un parent du premier degré atteint de psychose ou de schizophrénie.

¹⁵ NATIONAL INSTITUTE FOR HEALTH AND CARE EXCELLENCE. *Clinical Guideline 178 – Psychosis and schizophrenia in adults: prevention and management*, 2014, p. 15.

¹⁶ J. L. SHAH et autres. « Is the Clinical High-Risk State a Valid Concept? Retrospective Examination in a First-Episode Psychosis Sample », *Psychiatric Services* (doi: 10.1176/appi.ps.201600304), vol. 68, n° 10, 1^{er} octobre 2017, p. 1046-1052.

¹⁷ M. BIRCHWOOD. « Early intervention in psychosis services: the next generation », *Early Intervention in Psychiatry*, vol. 8, n° 1, 2014, p. 1-2.

¹⁸ R. DOYLE et autres. « First-Episode Psychosis and Disengagement From Treatment: A Systematic Review », *Psychiatric Services*, vol. 65, n° 5, mai 2014, p. 603-611.

¹⁹ Il peut s'agir de projets d'études et de carrière interrompus, d'un réseau social devenant appauvri ou inexistant, de conditions socioéconomiques se détériorant, de risques d'itinérance, de consommation de drogues amenant notamment une détérioration de la santé physique et mentale, etc.

²⁰ R. B. ZIPURSKY et autres. « Risk of symptom recurrence with medication discontinuation in first-episode psychosis: A systematic review », *Schizophrenia Research*, n° 152, 2014, p. 408-414.

²¹ J. M. PELAYO-TERÁN et autres. « Rates and predictors of relapse in first-episode non-affective psychosis: a 3-year longitudinal study in a specialized intervention program (PAFIP) », *European Archives of Psychiatry & Clinical Neuroscience*, 28 octobre 2016, p. 315-323.

²² A. P. JOHN et autres. « Prevalence of metabolic syndrome among Australians with severe mental illness », *The Medical Journal of Australia*, vol. 190, n° 4, 16 février 2009, p. 176-179.

²³ A. J. MITCHELL et autres. « Prevalence of metabolic syndrome and metabolic abnormalities in schizophrenia and related disorders – A systematic review and meta-analysis », *Schizophrenia Bulletin*, vol. 39, n° 2, mars 2013, p. 306-318.

doivent tous être intégrés au plan de traitement dans l'objectif d'obtenir le rétablissement fonctionnel et le mieux-être de la personne. Il est donc aussi très important de bien évaluer et de prendre en charge l'état de santé physique de la personne qui vit un épisode psychotique.

Les soins offerts aux personnes atteintes de maladies mentales ont beaucoup évolué. Après l'avènement de la désinstitutionalisation, les soins donnés par des équipes interdisciplinaires dans la communauté, dites « de proximité », ont été instaurés. À cet égard, le Plan d'action en santé mentale 2015-2020 – *Faire ensemble et autrement* (PASM 2015-2020) intègre les standards clinicoadministratifs relatifs aux modèles cliniques reconnus en matière de soutien de base non intensif (SBNI), de soutien d'intensité variable (SIV) et de suivi intensif dans le milieu (SIM)²⁶. Malheureusement, la stigmatisation de ces personnes persiste encore de nos jours. Celle-ci a une incidence directe sur la possibilité d'obtenir rapidement un diagnostic et un traitement rapide ainsi qu'un retour aux études ou à l'emploi et le maintien en emploi ou aux études.

L'organisation du réseau de santé et de services sociaux au Québec compte 13 centres intégrés de santé et de services sociaux (CISSS), 9 centres intégrés universitaires de santé et de services sociaux (CIUSSS) et 7 établissements non fusionnés à un centre intégré, visés par la Loi modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux notamment par l'abolition des agences régionales²⁷ depuis le 1^{er} avril 2015²⁸. Chaque établissement responsable d'offrir des soins et des services de santé mentale a adopté son organigramme. Majoritairement, les soins et les services destinés à la population adulte ne se retrouvent pas sous la même direction (direction des programmes de santé mentale et dépendance) que ceux destinés à la population des moins de 18 ans (direction du programme jeunesse). La continuité des soins et des services, spécialement ceux destinés aux jeunes qui passent des services jeunesse aux services de santé mentale aux adultes, représente un défi particulièrement important. Il est essentiel de prévenir les ruptures de services.

Au Québec et ailleurs dans le monde, comme en Australie et au Royaume-Uni, des équipes attitrées spécifiquement aux jeunes qui vivent un premier épisode psychotique ont été formées; elles ont pour objectifs 1) de diminuer la durée de la période sans traitement, 2) d'améliorer l'engagement du jeune à s'impliquer dans son traitement et à son maintien en rémission et 3) de réduire au minimum les effets à court, moyen et long terme de cette maladie. L'instauration de telles équipes pour le traitement des premiers épisodes

²⁴ A. P. JOHN et autres. « Prevalence of metabolic syndrome among Australians with severe mental illness », *The Medical Journal of Australia*, vol. 190, n° 4, 16 février 2009, p. 176-179.

²⁵ *Ibid.*

²⁶ Plan d'action en santé mentale 2015-2020 – *Faire ensemble et autrement* (PASM 2015-2020), p. 67-71.

²⁷ LQ 2015, c 1

²⁸ *Portrait organisationnel*, accessible en ligne à l'adresse suivante : <http://www.msss.gouv.qc.ca/reseau/reorganisation/portrait>

psychotiques est maintenant bien appuyée par les données probantes et fait partie des meilleures pratiques reconnues^{29, 30}.

Au Québec, une vingtaine d'équipes attitrées aux interventions pour premiers épisodes psychotiques ont été formées et se sont regroupées en association, soit l'Association québécoise des programmes pour premiers épisodes psychotiques (AQPPEP). Toutes les régions du Québec et tous les établissements responsables d'offrir des services spécialisés n'ont toutefois pas leurs équipes interdisciplinaires attitrées aux interventions pour premiers épisodes psychotiques. L'offre de services diffère aussi d'une équipe à une autre³¹. Le Centre national d'excellence en santé mentale (CNESM), après avoir consulté la Table d'experts sur l'intervention auprès des jeunes atteints de premiers épisodes psychotiques et l'AQPPEP, a publié, en juillet 2014, un document intitulé « Proposition de guide à l'implantation des équipes de premier épisode psychotique » afin de proposer un guide pour harmoniser l'offre de services offerts aux jeunes qui vivent un premier épisode psychotique et inspirer le présent cadre de référence. Le PASM 2015-2020³² énonce l'objectif selon lequel chaque établissement responsable d'offrir des soins et des services de santé mentale rendra accessibles des services spécifiques destinés aux enfants, aux adolescents et aux jeunes adultes qui vivent un premier épisode psychotique, en respectant les normes soutenues par les données probantes.

Le présent cadre de référence des PIPEP vise donc à soutenir une prestation de soins homogène dans tous les établissements responsables d'offrir des soins et des services de santé mentale aux personnes qui vivent un premier épisode psychotique et à celles à risque accru de psychose. Il précise quels sont les services essentiels à leur offrir, en s'appuyant sur les données probantes.

2 OBJECTIFS, NORMES ET MODALITÉS D'INSTAURATION

2.1 Objectif du cadre de référence

Ce cadre de référence vise à énoncer les objectifs, les normes et les modalités, tant organisationnelles que cliniques, concernant l'instauration des PIPEP dans tous les établissements responsables d'offrir des soins et des services de santé mentale au Québec. Il guide les gestionnaires et les cliniciens dans la mise en place d'un PIPEP appuyé sur les données probantes. Il définit les paramètres devant guider l'organisation d'un PIPEP et les exigences rattachées aux bonnes pratiques à mettre en place.

²⁹ ROYAUME-UNI. NICE. *Clinical guideline 155 – Psychosis and schizophrenia in children and young people: recognition and management*, 2013, dernière mise à jour octobre 2016, accessible en ligne à l'adresse suivante: nice.org.uk/guidance/cg155.

³⁰ ORYGEN, THE NATIONAL CENTRE OF EXCELLENCE IN YOUTH MENTAL HEALTH. *Australian clinical guidelines for early psychosis*, 2^e éd., mise à jour juin 2016.

³¹ M. NOLIN et autres. « Early Intervention for Psychosis in Canada: What Is the State of Affairs?/Intervention précoce pour la psychose au Canada : Quel est l'état de la situation? » *The Canadian Journal of Psychiatry/La Revue Canadienne de Psychiatrie*, vol. 61, n° 3, 2016, p. 186-194.

³² PASM 2015-2020, mesure 17.2, page 40.

2.2 Principes directeurs

En accord avec le PASM 2015-2020, les principes directeurs d'un PIPEP centré sur la personne sont : la sensibilisation, la réduction de la stigmatisation et l'intégration sociale, la détection rapide, l'accessibilité, l'intervention intensive de proximité, l'intégration des interventions et du traitement des troubles mentaux qui coexistent et des besoins de santé physique, la continuité des services, l'implication des membres de l'entourage, l'efficacité et l'assurance de la qualité.

Sensibilisation – réduction de la stigmatisation – intégration sociale

Avant de pouvoir recevoir des services, il faut le plus souvent reconnaître que certains signes observés ou symptômes vécus puissent être associés à une psychose. Cette reconnaissance permet alors d'amorcer la demande de service au PIPEP. La sensibilisation et la formation de la population générale et de tous les intervenants susceptibles d'intervenir auprès des jeunes visent à permettre la reconnaissance des signes et des symptômes. Elles permettent aussi la réduction de la stigmatisation entourant la psychose et, de ce fait, une meilleure intégration sociale de la personne atteinte de psychose. **Le retour à des activités dans la communauté et leur maintien permet de favoriser la mixité des personnes atteintes et non atteintes par la maladie mentale. Elle fournit aux personnes atteintes des occasions d'élargir leurs horizons et ultimement, d'atteindre le rétablissement fonctionnel.**

Détection rapide

Les activités de sensibilisation permettent une orientation vers un PIPEP dès la détection des premiers signes ou symptômes qui laissent suspecter la présence d'une psychose. Cette détection rapide vise la réduction du délai entre l'apparition des premiers signes ou symptômes et l'obtention des services appropriés et, par conséquent, de meilleures chances de rétablissement.

Accessibilité

En accord avec le PASM 2015-2020³³, chaque établissement responsable d'offrir des soins et des services de santé mentale rendra un PIPEP accessible, en respectant les normes soutenues par les données probantes. L'offre populationnelle territoriale du PASM 2015-2020 sera appliquée de manière à garantir l'accessibilité aux mêmes services jugés essentiels peu importe le lieu de résidence de l'utilisateur dans la province.

Intervention intensive de proximité

Les interventions se feront sans délai, selon les standards ministériels définis dans le PASM 2015-2020³⁴, à savoir, lors d'un premier épisode psychotique : dans un délai de 15 jours suivant la réception de la demande dans le cas d'un état stable, de 7 jours dans le cas d'un état instable et de 24 heures dans le cas d'un état de crise. Elles se feront à proximité du

³³ PASM 2015-2020, mesure 17.2, p. 40.

³⁴ PASM 2015-2020, tableau 2.2, p. 68.

milieu de vie de l'utilisateur. L'intensité et la fréquence des interventions seront modulées en fonction des forces, des objectifs, des projets et des besoins de l'utilisateur et de son entourage.

Intégration des interventions et du traitement des troubles psychiatriques qui coexistent et des besoins de santé physique

Le PIPEP intègre l'ensemble des besoins de santé (biologiques, psychologiques et sociaux) dans le plan d'intervention visant le rétablissement et le mieux-être de chaque usager. Le plan d'intervention inclut des interventions axées sur de saines habitudes de vie.

Continuité des services

Le PIPEP vise des soins sans discontinuité au cours de la période où ils sont requis. **Il intègre les soins spécialisés destinés aux jeunes de moins de 18 ans et aux adultes qui vivent un premier épisode psychotique, dans un souci de collaboration et de coordination entre les services aux adultes et aux jeunes de moins de 18 ans.**

Implication des membres de l'entourage

Le PIPEP vise l'implication des membres de l'entourage. Il le fait en respectant les décisions de l'utilisateur et les principes de confidentialité.

Efficiences et efficacité

Le PIPEP vise des services dont le rapport coût-bénéfice correspond aux bonnes pratiques. Il vise à éviter l'hospitalisation et à prévenir la détérioration du fonctionnement social et cognitif et la détérioration de l'état de santé physique. Le travail en équipe interdisciplinaire permet de faire profiter efficacement, à l'utilisateur et à l'équipe, de l'expertise et du savoir-faire de chacun des membres sans avoir à transférer l'utilisateur vers d'autres ressources. Il évite d'avoir à tout recommencer avec un intervenant qui ne connaît pas l'utilisateur.

Assurance de la qualité

Le principe directeur d'assurance de la qualité consiste à inclure le suivi des normes de qualité d'un PIPEP. Le cadre de référence définit les normes de qualité et prévoit la mise en place d'un mécanisme de coordination, d'évaluation et de suivi pour tous les volets d'un PIPEP. Ce mécanisme permet d'évaluer dans quelle mesure les normes de qualité d'un PIPEP sont atteintes et à en corriger les écarts, le cas échéant.

2.3 Objectifs organisationnels et cliniques d'un PIPEP

2.3.1 Objectifs organisationnels

- 1- Permettre l'accès tôt et rapide, dans le réseau public, à un PIPEP, soit un programme spécialisé d'intervention rapide et intensive pour premiers épisodes psychotiques aux personnes qui vivent un premier épisode psychotique et à celles considérées à risque accru de psychose. **L'offre de services aux personnes à risque accru de psychose pourra n'être mise en place qu'une fois que l'offre de services aux personnes qui vivent un premier épisode psychotique aura été bien consolidée par le PIPEP (au plus 3 ans après le commencement des activités du PIPEP). Tous les jeunes³⁵ qui vivent un premier épisode psychotique doivent être dirigés, dès leur premier contact avec l'établissement de santé, vers l'équipe de PIPEP de l'établissement.**
 - Il faut assurer la détection des personnes qui vivent un premier épisode psychotique. La capacité de détection de la psychose passe nécessairement par une bonne connaissance des symptômes par l'entourage de ces personnes et tous les intervenants susceptibles d'intervenir auprès des jeunes³⁶. L'intervenant qui détecte les signes lui laissant suspecter que la personne vit un premier épisode psychotique doit aussi savoir comment orienter celle-ci vers un PIPEP.
 - Pour permettre un accès à un PIPEP au tout début de l'épisode psychotique, il faut s'assurer de donner aussi l'accès aux personnes à risque accru de psychose^{37, 38} et aux membres de leur entourage. Ainsi, on s'assurera d'offrir le traitement approprié sans délai et, éventuellement, de prévenir la psychose.
 - L'établissement doit assurer un accès rapide aux services de son équipe de PIPEP, laquelle doit être facile à joindre. Il doit maintenir sa capacité de répondre à la demande de services dans le meilleur délai, ainsi qu'il est précisé au point 2.4.2.
- 2- Rendre homogène l'offre de soins et de services des PIPEP dans tous les établissements responsables d'offrir des soins et des services de santé mentale au Québec.

³⁵ Voir le point 2.4.1, *Population visée*.

³⁶ En autres : intervenants scolaires et communautaires, intervenants de la santé, intervenants des centres de protection et de réadaptation pour les jeunes en difficulté et leur famille, intervenants des centres de réadaptation en dépendance, policiers, employeurs.

³⁷ Une personne est considérée à risque accru de psychose si elle présente une détresse, un déclin de son fonctionnement social et qu'elle manifeste l'une ou l'autre des situations suivantes :

- des symptômes psychotiques transitoires ou atténués **OU**
- d'autres comportements indiquant une possible psychose **OU**
- un parent du premier degré atteint de psychose ou de schizophrénie.

³⁸ L'offre de services aux personnes à risque accru de psychose pourra n'être mise en place qu'une fois que l'offre de services aux personnes qui vivent un premier épisode psychotique aura été bien consolidée par le PIPEP (au plus 3 ans après le commencement des activités du PIPEP).

- Dans tous les établissements responsables d'offrir des soins et des services de santé mentale au Québec, le PIPEP établit le cadre **homogène** concernant les mécanismes d'orientation, de demande de consultation, le délai de réponse, la composition des équipes, les approches et les modalités de service.
- **L'organisation du PIPEP se fait en collaboration entre les services ou les départements de pédopsychiatrie ou de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent et les services ou les départements de psychiatrie de l'adulte.**

3- Assurer le suivi du fonctionnement et de la performance du PIPEP

- L'équipe du PIPEP met en place un processus permettant d'assurer le suivi de son fonctionnement et de sa performance. Ce mécanisme doit permettre l'accès aux données et le suivi des paramètres d'atteinte des objectifs. Un mécanisme de centralisation des données est décrit dans les sections 4 (Évaluation – Utilisation des indicateurs de performance) et 5 (Responsabilités relatives à la réalisation des PIPEP) du présent document.

2.3.2 Objectifs cliniques

1. Intégrer les services et le savoir-faire requis dans une même équipe interdisciplinaire qui travaille dans la communauté.
 - Le travail de l'équipe interdisciplinaire doit permettre d'assurer la qualité, l'efficacité et l'efficience du PIPEP. L'équipe travaille dans la communauté, à proximité de l'utilisateur et de ses proches.
2. Préciser les principes cliniques qui sous-tendent l'offre de soins et de services.
 - Les directives (cadre homogène) sont énoncées en rapport avec les objectifs cliniques, la continuité des soins et des services et l'implication des membres de l'entourage.
3. Préciser l'offre de soins et de services du PIPEP.
 - Dans tous les établissements responsables d'offrir des soins et des services de santé mentale au Québec, le cadre de référence des PIPEP établit le cadre homogène concernant les types de services proposés, considérés essentiels.

2.4 Modalités organisationnelles d'un PIPEP

2.4.1 Population visée

- Le PIPEP est offert pour le premier épisode psychotique, y compris tous les types de troubles psychotiques confondus, à l'exception des psychoses secondaires à un trouble physique.

- Le PIPEP s'adresse d'abord aux personnes de 12 à 35 ans qui présentent des symptômes d'un trouble psychotique et qui n'ont jamais été traitées pour une psychose ou ne l'ont été que pendant une période de douze mois et moins³⁹.
- Concernant les personnes qui ne font pas partie de cette tranche d'âge, l'équipe du PIPEP les évaluera individuellement et, selon le cas, leur fournira un traitement ou les dirigera vers un autre service plus approprié⁴⁰.
- Il n'y a pas de critère d'exclusion concernant les diagnostics associés.
- Le PIPEP s'adresse également aux personnes à risque accru de psychose⁴¹. Une personne est considérée à risque accru de psychose⁴² si elle présente une détresse, un déclin de son fonctionnement social et qu'elle correspond à l'une ou l'autre de ces situations:
 - des symptômes psychotiques transitoires ou atténués **OU**
 - d'autres comportements qui laissent suspecter une possible psychose **OU**
 - un parent du premier degré atteint de psychose ou de schizophrénie.

2.4.2 Méthodes d'orientation et standards ministériels relatifs aux délais d'accès⁴³

Les demandes de consultation relatives au PIPEP provenant de toutes personnes⁴⁴ et de tous les milieux, y compris l'autorecommandation, sont acceptées. Les guichets d'accès en santé mentale des jeunes et des adultes maintiennent un lien étroit avec les responsables du PIPEP. Chaque établissement responsable d'offrir des soins et des services de santé mentale a un numéro de téléphone central attribué au PIPEP qu'il diffuse largement. On peut joindre un membre de l'équipe du PIPEP 6 jours sur 7, jusqu'à 20 heures. Un intervenant du PIPEP doit être disponible pour faire l'évaluation de la situation, idéalement dans un délai de 24 heures lors du premier contact (téléphonique ou en personne) ou un

³⁹ Certaines personnes pourraient avoir été traitées de façon sous-optimale et présenter un potentiel significatif de réponse au PIPEP et y être admises même si la durée d'un traitement précédent est plus longue que celle indiquée dans le critère d'admissibilité.

⁴⁰ Compte tenu de leur âge moyen et médian au moment des premiers épisodes psychotiques, les jeunes représenteront la grande majorité des personnes admises au PIPEP. Le PIPEP maintiendra sa spécialisation pour cette tranche d'âge et le personnel, ses compétences à travailler en tenant compte des problèmes associés à l'adolescence. Les jeunes admis au PIPEP pourront s'identifier aux autres jeunes qui, comme eux, vivent non seulement un premier épisode psychotique, mais qui en sont aussi aux mêmes étapes de leur développement. Il n'apparaît pas approprié, sur le plan de l'éthique, de refuser les soins spécialisés du PIPEP à ceux qui seraient jugés un peu trop jeunes ou trop vieux malgré un bon potentiel de réponse aux interventions du PIPEP.

⁴¹ L'offre de services aux personnes à risque accru de psychose pourra n'être mise en place qu'une fois que l'offre de services aux personnes ayant vécu un premier épisode psychotique aura été bien consolidée par le PIPEP (au plus 3 ans après le commencement des activités du PIPEP).

⁴² ROYAUME UNI. NATIONAL INSTITUTE FOR HEALTH AND CARE EXCELLENCE. *Clinical Guideline 178 – Psychosis and schizophrenia in adults: prevention and management*, 2014, p. 15.

⁴³ PASM 2015-2020, tableau 2.2, p. 68.

⁴⁴ Entre autres : pédopsychiatrie, psychiatrie adulte, pédiatrie, service des urgences, groupe de médecine de famille (GMF), guichet d'accès, système scolaire, première ligne, centre de protection et de réadaptation pour les jeunes en difficulté et leur famille, centre de réadaptation en dépendance, organisme communautaire, centre de crise.

délai maximal de 72 heures suivant la demande. À la suite de cette évaluation de triage concluant à la présence de signes ou de symptômes indiquant une possible psychose, l'équipe de PIPEP discute rapidement de la situation afin de s'assurer de planifier rapidement une évaluation médicale (dans les 15 jours suivant la réception de la demande dans le cas d'un état stable et dans les 7 jours dans le cas d'un état instable⁴⁵). Lorsque l'évaluation de triage ne conclut pas à la présence possible d'une psychose, l'équipe, après en avoir discuté avec le médecin responsable du PIPEP, dirige la personne vers les services jugés les plus appropriés à sa situation.

Une fois le diagnostic de psychose posé et si la personne n'a jamais été traitée ou a été traitée depuis moins de 12 mois⁴⁶, elle est admise au PIPEP. L'équipe de PIPEP devra indiquer clairement qui est l'intervenant pivot, aussi appelé « gestionnaire de cas »,⁴⁷ et mettre rapidement en marche le suivi spécifique à la situation. Selon les standards ministériels relatifs aux délais d'accès à une consultation psychiatrique, dans le cas d'un premier épisode psychotique où la personne est en état de crise, ce délai est de 24 heures. Ces situations relèvent généralement de la procédure mise en place dans chaque établissement concernant les urgences psychiatriques. Une collaboration spécifique entre le service des urgences psychiatriques et l'équipe de PIPEP doit être établie afin de s'assurer des délais à respecter. Les standards ministériels relatifs aux délais d'accès concernant les personnes jugées à risque accru de psychose sont celles qui sont définies dans le PASM 2015-2020, selon la situation clinique présentée⁴⁸.

2.4.3 Composition des équipes de PIPEP

Disponibilité minimale au PIPEP de 4 jours par semaine

Chacun des intervenants attirés au PIPEP doit être disponible pour donner des services aux usagers du PIPEP, idéalement cinq jours par semaine, sinon au moins quatre jours par semaine. Cette disponibilité minimale est essentielle à la continuité et à l'intensité des services à offrir par l'équipe de PIPEP. Elle permet aussi l'interaction active, fréquente et indispensable entre les membres de l'équipe⁴⁹. Elle permet de créer l'alliance avec la personne, et donc son engagement à s'impliquer activement dans son traitement, et d'éviter les hospitalisations ou les crises graves.

⁴⁵ PASM 2015-2020, tableau 2.2, p. 68.

⁴⁶ Certaines personnes pourraient avoir été traitées de façon sous-optimale et présenter un potentiel de réponse au PIPEP cliniquement significatif et y être admises même si la durée d'un traitement précédent est plus longue que celle indiquée dans le critère d'admissibilité.

⁴⁷ Le modèle hybride de « gestion de cas » est le plus souvent retenu en pratique. *PRISMA volume II, L'intégration des services : les fruits de la recherche pour nourrir l'action*. Par Hébert, R. et autres, Edisem, Québec, 2007, p. 132.

⁴⁸ PASM 2015-2020, tableau 2.2, p. 68. Ils sont de 14 jours dans le cas d'un état instable et de 30 jours dans le cas d'un état stable, dans les situations cliniques autres qu'un premier épisode psychotique, une crise de manie, une crise d'hypomanie, un trouble dépressif postpartum grave ou une dépression majeure.

⁴⁹ M. GILBERT et O. JACKSON. *Proposition de guide à l'implantation des équipes de premier épisode psychotique*, Centre national d'excellence en santé mentale, 2014, p. 11.

Durée d'intervention du PIPEP

La durée d'intervention, flexible selon les besoins cliniques, est d'environ trois ans⁵⁰. La durée des différents services, au Canada et ailleurs dans le monde, varie de deux ans à cinq ans⁵¹. Les dernières données probantes ne permettent pas de statuer clairement qu'un programme d'une durée de cinq ans ait une valeur supérieure à celle d'un programme d'une durée de deux ans⁵². Les services pourraient être prolongés au-delà de trois ans dans le cas d'une personne chez laquelle les services offerts par l'équipe de PIPEP peuvent contribuer avantageusement à son maintien ou à l'amélioration de son fonctionnement ou si cette personne en est à une phase de sa maladie ou de son développement où le prolongement du suivi est pertinent. L'équipe du PIPEP procède à la révision systématique des services requis en continu.

Ratios équivalent temps complet (ETC)⁵³ pour 100 000 personnes de 12 à 35 ans⁵⁴

En se basant sur le PASM 2015-2020⁵⁵, sur le document intitulé *Les lignes directrices pour l'implantation de mesures de soutien dans la communauté en santé mentale*⁵⁶ et sur l'expérience des experts⁵⁷, un **ratio moyen** de 1 intervenant pour 16 usagers permettrait d'assurer l'accessibilité, peu importe le lieu de résidence de l'utilisateur dans la province. Selon les récentes données⁵⁸, on peut estimer l'incidence à 45 nouveaux cas pour

⁵⁰ Il s'agit ici d'une durée moyenne de suivi et non d'une durée minimale ou maximale de suivi. On peut, par exemple, s'attendre à ce que les personnes âgées de moins de 18 ans au moment de leur admission au PIPEP requièrent un suivi plus long (par exemple jusqu'à 21 ou 23 ans, selon les besoins cliniques) pour permettre le passage à l'âge adulte et éviter la rupture de services entre les services jeunesse et les services aux adultes. La durée moyenne de suivi vise également les personnes suivies moins de 6 mois, soit celles qui auront été admises au programme pour une période d'observation et d'évaluation et qui, après celle-ci, ne répondront pas aux critères du programme ou aux exigences en matière de besoin de services.

⁵¹ M. NOLIN et autres. « Early Intervention for Psychosis in Canada: What Is the State of Affairs?/Intervention précoce pour la psychose au Canada : Quel est l'état de la situation? Supplementary Table S1: Characteristics of the 11 surveyed Canadian academic EI programs ». *The Canadian Journal of Psychiatry/La Revue Canadienne de Psychiatrie*, vol. 61, n° 3, 2016, p. 186-194.

⁵² N. ALBERT et autres. « 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*, 2017, p. 1-14, 356:i6681 doi: 10.1136/bmj.i6681.

⁵³ ETC : équivalent temps complet : une personne qui occupe un emploi à temps complet (5 jours par semaine) et qui travaille toute l'année compte pour 1 ETC.

⁵⁴ La population est pondérée par l'indicateur de besoins fourni par le MSSS aux établissements. PASM 2015-2020, p. 67.

⁵⁵ PASM 2015-2020, p. 66-71.

⁵⁶ QUÉBEC. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Les lignes directrices pour l'implantation de mesures de soutien dans la communauté en santé mentale*, Québec, Gouvernement du Québec, 2002, 28 p., accessible en ligne à l'adresse suivante : <http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2002/02-844-03.pdf>

⁵⁷ M. GILBERT et O. JACKSON. *Proposition de guide à l'implantation des équipes de premier épisode psychotique*, Centre national d'excellence en santé mentale, 2014, p. 16.

⁵⁸ J. B. KIRKBRIDE et autres. « The Epidemiology of First-Episode Psychosis in Early Intervention in Psychosis Services: Findings from the Social Epidemiology of Psychoses in East Anglia [SEPEA] Study », *American Journal of Psychiatry*, vol. 174, n° 2, 1^{er} février 2017, p. 143-153.

100 000 personnes-années. Cela équivaut à 135 places pour 100 000 personnes de 12 à 35 ans si l'on considère que la durée du suivi moyen est de 3 ans. Un ratio de 8,4 ETC intervenants pour 100 000 personnes de 12 à 35 ans est jugé approprié. Ce ratio pourrait toutefois être appelé à changer, parce que les données actuelles ne permettent pas d'estimer l'affluence additionnelle générée par le PIPEP auprès des personnes à risque accru de psychose (dont plusieurs ne vivront aucun épisode psychotique). Le PIPEP offrant des interventions aux personnes à risque accru de psychose⁵⁹ en plus de celles qui présentent un premier épisode psychotique, le ratio de 8,4 ETC intervenants pour 100 000 personnes de 12 à 35 ans représente donc un seuil minimal. Il pourrait être réajusté ultérieurement, lorsque des données plus précises incluant les personnes à risque accru de psychose seront disponibles. Le chef d'équipe et le pair-aidant sont inclus dans ce ratio, mais pas les effectifs médicaux et de soutien en secrétariat.

Les besoins en psychiatres, y compris ceux en psychiatres travaillant auprès des enfants et des adolescents, sont estimés à 1,7 ETC psychiatre pour 100 000 personnes de 12 à 35 ans⁶⁰. Pour maintenir l'efficacité, l'efficacités et atteindre les objectifs, il faut limiter le nombre de psychiatres différents affectés au PIPEP (1 ETC psychiatre pouvant être couvert par au plus 2 psychiatres différents et 2,4 ETC psychiatres pouvant être couverts par au plus 3 psychiatres différents). De même, il faut limiter la taille des équipes qui couvrent un territoire. La taille d'une équipe ne devrait pas être de moins de 5 ETC intervenants et 1 ETC psychiatre ni de plus de 12 ETC intervenants et 2,4 ETC psychiatres.

Composition de l'équipe de PIPEP

L'équipe interdisciplinaire de PIPEP est composée de ressources variées. Il s'agit d'**intervenants attitrés au PIPEP** et de **professionnels consultants**.

Les intervenants attitrés au PIPEP sont ceux dont la tâche est de travailler exclusivement avec les usagers du PIPEP, idéalement 5 jours par semaine, sinon au moins 4 jours par semaine. Le chef d'équipe fait partie des intervenants attitrés au PIPEP. Il assure la direction administrative et la supervision des membres de l'équipe en plus de réaliser certaines des interventions.

Les professionnels consultants ne travaillent pas exclusivement auprès de la clientèle du PIPEP, mais sont désignés par l'établissement pour répondre aux demandes de consultations du PIPEP. Ils sont nommément désignés et leur participation est continue afin de renforcer leur expertise et leur savoir-faire auprès de la clientèle du PIPEP et un lien avec l'équipe.

⁵⁹ L'offre de services aux personnes à risque accru de psychose pourra n'être mise en place qu'une fois que l'offre de services aux personnes ayant vécu un premier épisode psychotique aura été bien consolidée par le PIPEP (au plus 3 ans après le commencement des activités du PIPEP).

⁶⁰ Ce qui correspond à un ratio de 80 personnes inscrites pour 1 ETC psychiatre. Gilbert, M. et Jackson, O. *Proposition de guide à l'implantation des équipes de premier épisode psychotique*, Centre national d'excellence en santé mentale, 2014, p. 12.

Certaines installations offrant des services de santé mentale au Québec desservent une population de moins de 50 000 personnes. Elles sont situées dans des régions peu densément peuplées et couvrent un territoire géographique très étendu. Le PIPEP étant un service de proximité dans le milieu, sa mise en place pourrait y être plus difficile à organiser. Ces installations doivent donc envisager un ou des modèles d'organisation de services leur permettant de desservir efficacement et de façon efficiente la population. On peut entre autres penser au modèle d'équipes satellites (le terme *hub-and-spoke*⁶¹ est utilisé dans la littérature anglophone) implanté dans des régions rurales de l'Ontario⁶², au modèle FACT⁶³ et à d'autres modèles adaptés à la taille et à la complexité de la région couverte⁶⁴.

Quel que soit le modèle retenu, les ratios ETC pour 100 000 personnes de 12 à 35 ans mis à la disposition des personnes qui présentent un premier épisode psychotique et des personnes à risque accru de psychose doivent toutefois y être respectés. Le modèle doit assurer de mettre en place la couverture de services nécessaire pour éviter des ruptures de services.

Dans les installations dont la population à desservir est de moins de 50 000 habitants :

le nombre minimal requis d'intervenants attitrés et de fonctions est⁶⁵ :

- 1 psychiatre travaillant auprès des adultes, des enfants et des adolescents,
- 1 infirmière,
- 1 spécialiste en toxicomanie,
- 1 spécialiste en réinsertion socioprofessionnelle et scolarisation,
- 1 spécialiste des approches familiales et cognitives comportementales;

les professionnels consultants nommément désignés, à moins que ceux-ci n'y soient déjà intégrés⁶⁶ sont les suivants :

- pharmacien,
- travailleur social,
- psychoéducateur,

⁶¹ J. K. ELROD et Jr. J. L. FORTENBERRY. « The hub-and-spoke organization design: an avenue for serving patients well », *BMC Health Services Research* vol. 17, supplément 1, 2017, p. 457.

⁶² C. CHENG et autres. « Rural and remote early psychosis intervention services: the Gordian knot of early intervention », *Early Intervention in Psychiatry*, vol. 8, n° 4, 2014, p. 396-405.

⁶³ Sigle de l'anglais *Flexible Assertive Community Treatments*, qui peut se traduire par : suivi intensif flexible dans la communauté.

⁶⁴ ONTARIO. MINISTRY OF HEALTH AND LONG-TERM CARE. *Normes du Programme d'intervention précoce dans le traitement de la psychose*, 2011, p. 31, accessible en ligne à l'adresse suivante : http://www.health.gov.on.ca/english/providers/pub/mental/epi_program_standards.pdf

⁶⁵ Un intervenant peut couvrir plus d'une de ces fonctions.

⁶⁶ Parce que les fonctions (spécialiste en toxicomanie, spécialiste en réinsertion socioprofessionnel et scolarisation et de spécialiste des approches familiales et cognitives comportementales) peuvent être exercées par un ou plusieurs membres habilité(s) de certaines de ces professions.

- psychologue,
- ergothérapeute,
- nutritionniste,
- médecin de famille,
- pédiatre,
- neurologue,
- conseiller d'orientation.

L'installation dont la population à desservir est de moins de 50 000 habitants conclura une entente de service avec une équipe de PIPEP de son réseau universitaire intégré de services (RUIS), qui agira à titre de consultante. L'équipe de PIPEP consultante utilisera tous les moyens technologiques disponibles, dont la télémédecine.

Concernant tous les autres établissements :

Le nombre minimal requis d'intervenants attitrés et de fonctions est⁶⁷ :

- 1 psychiatre travaillant auprès des adultes,
- 1 psychiatre travaillant auprès des enfants et des adolescents⁶⁸,
- 1 infirmière,
- 1 spécialiste en toxicomanie,
- 1 spécialiste en réinsertion socioprofessionnelle et scolarisation,
- 1 spécialiste des approches familiales et cognitives comportementales,
- 1 pair-aidant⁶⁹ ;

les professionnels consultants nommément désignés, à moins que ceux-ci n'y soient déjà intégrés⁷⁰, sont les suivants :

- pharmacien,
- travailleur social,
- psychoéducateur,
- psychologue,
- ergothérapeute,
- nutritionniste,
- médecin de famille,
- pédiatre,
- neurologue,
- neuropsychologue,

⁶⁷ Un intervenant peut couvrir plus d'une de ces fonctions.

⁶⁸ Il peut s'agir d'un psychiatre ayant le titre de psychiatre de l'enfant et de l'adolescent ou d'un psychiatre n'ayant pas ce titre mais dont la pratique clinique est réputée être auprès d'enfants et d'adolescents.

⁶⁹ Un pair-aidant du même groupe d'âge que la moyenne d'âge de la population desservie par le PIPEP est recommandé.

⁷⁰ Parce que les fonctions (spécialiste en toxicomanie, spécialiste en réinsertion socioprofessionnelle et scolarisation et de spécialiste des approches familiales et cognitives comportementales) peuvent être exercées par un ou plusieurs membres habilités de certaines de ces professions.

- kinésologue ou éducateur physique.
- conseiller d'orientation.

2.5 Modalités cliniques d'un PIPEP

2.5.1 Principes cliniques qui sous-tendent l'offre de soins et services

La composition des équipes de PIPEP repose sur les principes suivants :

- Travailler en réelle interdisciplinarité avec des intervenants ayant le savoir-faire en santé mentale des enfants et des adolescents en plus de ceux qui ont le savoir-faire en santé mentale des adultes.
- Posséder une excellente connaissance des particularités de la communauté dans laquelle le PIPEP est établi. Les caractéristiques spécifiques de la communauté pouvant avoir un effet sur le taux d'incidence sont ici particulièrement visées, par exemple la présence en plus grand nombre de migrants, une forte densité de la population, une population isolée sur le plan géographique ou défavorisée sur le plan socioéconomique.
- Posséder le savoir-faire spécifique pour interagir avec tact et efficacité avec la personne qui vit un premier épisode psychotique et ses proches. Les intervenants de l'équipe de PIPEP doivent posséder les compétences nécessaires pour favoriser l'alliance thérapeutique et l'engagement du jeune usager. Il faut notamment connaître les phases du développement des jeunes et leurs réactions fréquentes à la maladie, à l'équipe traitante et à l'autorité en général.
- Posséder et maintenir à jour les connaissances sur les interventions à pratiquer auprès des personnes qui vivent un premier épisode psychotique et qui sont à risque accru de psychose.
- Maintenir un lien étroit avec la communauté. Les intervenants de l'équipe de PIPEP doivent maintenir à jour leurs connaissances sur les ressources disponibles dans la communauté. Ils doivent créer un lien tout particulièrement étroit avec les organismes qui leur confient la clientèle, dont les GMF, les commissions scolaires, les groupes communautaires, et ceux qui peuvent offrir des services en partenariat pour permettre la réinsertion sociale, dont les entreprises d'insertion au travail et les organismes qui offrent des services d'hébergement de jeunes en difficultés.
- Faire des activités consistant à trouver, dans la population, les personnes qui éprouvent des besoins en matière de premier épisode psychotique et à leur offrir un traitement ambulatoire le plus tôt possible (le terme *outreach* est utilisé dans la littérature anglophone). Veiller à trouver et adopter une façon d'entrer en contact avec les personnes plus marginalisées et moins susceptibles d'être en contact avec le réseau de la santé. Appuyer les proches qui tentent d'obtenir de l'aide pour une personne qui refuse les soins. Assurer l'équilibre entre l'obligation de moyens, dont le recours exceptionnel à des moyens légaux auprès des personnes qui refusent les soins, dans un souci constant de respect des droits fondamentaux et de l'équilibre « liberté-sécurité ».

- **Travailler activement sur l’engagement de la personne à s’impliquer dans son plan d’intervention axé sur le rétablissement et le mieux-être. S’assurer de favoriser le rétablissement fonctionnel de l’usager.** Fixer pour objectif des interventions l’atteinte du projet de vie de la personne, dès qu’elle est admise au PIPEP. Offrir de l’espoir.
- S’assurer d’offrir du soutien à la personne admise et à son entourage, et ce, tout au long du processus. Soutenir l’appropriation du pouvoir de l’usager (le terme *empowerment* est utilisé dans la littérature anglophone) dans toutes les sphères de sa vie.
- Viser des interventions de soutien :
 - au rétablissement fonctionnel, plutôt qu’au diagnostic;
 - à la rémission des symptômes tant négatifs que positifs;
 - à la réadaptation et à la réalisation d’un projet de vie;
 - à la prévention des déficits fonctionnels et cognitifs.
- S’assurer de la continuité des services. Prévoir et planifier, avec l’usager, les mécanismes permettant la stabilité dans l’offre de services lors des périodes critiques ou de transition, telles que les hospitalisations, le retour en première ligne ou l’orientation vers d’autres services de santé mentale.
- Impliquer activement les membres de l’entourage de l’usager et le faire en respectant les décisions de l’usager relatives à la confidentialité.

2.5.2 Gamme des services mis en place

La présente section définit la gamme des services à mettre en place par l’équipe de PIPEP. Elle s’inspire notamment de services déjà offerts dans d’autres pays^{71, 72, 73} ainsi que de la proposition de guide à l’implantation des équipes de premiers épisodes psychotiques du CNESM⁷⁴.

⁷¹ ROYAUME UNI. NATIONAL INSTITUTE FOR HEALTH AND CARE EXCELLENCE. *Clinical Guideline 178 – Psychosis and schizophrenia in adults: prevention and management*, 2014.

⁷² ROYAUME UNI. NATIONAL INSTITUTE FOR HEALTH AND CARE EXCELLENCE, *Clinical Guideline 155 – Psychosis and schizophrenia in children and young people: recognition and management*, 2013, dernière mise à jour, octobre 2016, accessible en ligne à l’adresse suivante : nice.org.uk/guidance/cg155.

⁷³ ORYGEN, THE NATIONAL CENTRE OF EXCELLENCE IN YOUTH MENTAL HEALTH. *Early Psychosis Guidelines Writing Group and EPPIC National Support Program, Australian Clinical Guidelines for Early Psychosis*, 2^e édition, 2016.

⁷⁴ M. GILBERT et O. JACKSON. *Proposition de guide à l’implantation des équipes de premier épisode psychotique*, Centre national d’excellence en santé mentale, 2014.

2.5.2.1 **Sensibilisation, information et lutte contre la stigmatisation**

Chaque équipe de PIPEP doit sensibiliser la communauté qu'elle dessert au problème de la psychose. La sensibilisation et les activités d'information se font particulièrement auprès des organismes susceptibles de travailler auprès des personnes en difficulté⁷⁵. La sensibilisation cible une meilleure détection de la psychose en plus d'une meilleure compréhension des facteurs de risque et de protection permettant d'optimiser les chances de rétablissement, en plus de prévenir les déficits fonctionnels et la stigmatisation. Chaque équipe de PIPEP fait connaître ses services à ses partenaires, leur permettant de faire appel au PIPEP lorsqu'ils détectent des signes de psychose. Elle sensibilise ses partenaires sur les facteurs qui favorisent le retour à l'emploi ou aux études et le maintien en emploi et aux études. Elle transmet à ses partenaires les outils qui leur permettront de mieux lutter contre la stigmatisation. Par ses formations aux partenaires, elle contribue à une meilleure connaissance de la psychose afin de **développer une culture d'intégration sociale** (l'accès aux études, à l'emploi, au logement et aux loisirs).

2.5.2.2 **Évaluation biopsychosociale**

Une fois que l'équipe de PIPEP a discuté de la situation de la personne qui a été orientée vers elle et dont l'évaluation au triage laisse suspecter une possible psychose, la personne est évaluée par le psychiatre (ou le psychiatre travaillant auprès d'enfants et d'adolescents, selon le cas), idéalement avec le gestionnaire de cas désigné. Avec l'apport des membres de l'équipe, ce dernier procède à une évaluation biopsychosociale, y compris un bilan physique. Cette évaluation psychiatrique permet d'énoncer les recommandations de traitement, d'évaluation, d'investigation et d'intervention proposées par l'équipe du PIPEP. Les résultats de cette évaluation biopsychosociale sont communiqués par écrit à l'utilisateur, lorsque son état clinique le permet, dans une approche respectueuse de ses fragilités, mais aussi de ses droits et de ses responsabilités.

2.5.2.3 **Maintien du lien avec le milieu qui dirige vers le PIPEP**

Il est important que l'équipe de PIPEP maintienne le lien avec le milieu qui lui recommande une personne, pourvu que celle-ci y consente. L'équipe de PIPEP informe le milieu qui lui recommande une personne des conclusions de l'évaluation et de l'évolution de l'état clinique de cette dernière. L'importance de maintenir ce lien se manifestera tout au long du suivi, en vue de maintenir le partenariat, la continuité des services, la rétroaction sur la détection et la sensibilisation au traitement rapide de la psychose.

⁷⁵ Entre autres les services policiers, judiciaires et carcéraux, les services des urgences (médicales) et les services de première ligne, y compris les GMF, les établissements d'enseignement, y compris la formation des adultes, les organismes communautaires, les centres de protection et de réadaptation pour les jeunes en difficulté et leur famille, les centres de réadaptation en déficience et les centres de réadaptation en dépendances.

2.5.2.4 **Plan d'intervention axé sur le rétablissement et le mieux-être à jour**

Un plan d'intervention axé sur le rétablissement et le mieux-être est élaboré après le début des interventions de l'équipe de PIPEP et est révisé tous les six mois⁷⁶. Il a pour objectif le suivi de tous les aspects biopsychosociaux permettant l'atteinte des objectifs de rétablissement fonctionnel, de la prévention des déficits fonctionnels et cognitifs et du maintien d'une bonne forme et santé physique. **Il inclut le suivi du bilan physique, un service-conseil à l'activité physique, à l'alimentation et à l'abandon du tabagisme, selon le cas.** Il est centré autour des objectifs de la personne, avec la contribution de membres de son entourage si elle est d'accord. **L'équipe de PIPEP implique activement l'utilisateur dans ce processus.** Ce plan est centré sur l'engagement de l'utilisateur.

2.5.2.5 **Évaluation, intervention et traitement des troubles mentaux qui coexistent⁷⁷, y compris la toxicomanie**

On reconnaît une prévalence élevée de problèmes psychiatriques qui coexistent avec la psychose. De plus, près de 60 % des jeunes suivis par des équipes chargées d'intervenir lors de premiers épisodes psychotiques sont atteints d'un trouble lié à la toxicomanie⁷⁸. Ce trouble, en particulier, a un effet négatif sur le rétablissement. Le traitement des troubles mentaux coexistants (toxicomanie et autres troubles mentaux) par des approches et des interventions appropriées, intégrées dans le PIPEP, doit donc être abordé pour permettre l'atteinte des objectifs du plan d'intervention axé sur le rétablissement et le mieux-être.

2.5.2.6 **Intervention⁷⁹ intensive et de proximité**

Pour que les objectifs soient atteints, il importe que le taux de rétention des personnes admises au PIPEP soit élevé, soit moins de 10 % d'abandon du suivi par année. L'intervention intensive de proximité permet d'adapter l'intensité du suivi aux besoins cliniques de la personne tout en évitant son hospitalisation, dans la mesure du respect des règles de sécurité. Elle permet également d'adapter les heures de soins aux besoins de la personne et de ses proches et favorise une diminution de la stigmatisation ainsi qu'une meilleure réponse en cas de situation de crise. La flexibilité (horaire) des interventions prévues dans un PIPEP permet aussi de limiter l'absentéisme d'une personne aux études ou en emploi. L'intervention intensive de proximité se fait dans un lieu le moins restrictif et le moins stigmatisant possible, dans une atmosphère d'espoir et d'optimisme.

⁷⁶ Il peut être révisé avant six mois si la situation clinique l'exige.

⁷⁷ Il s'agit de tous les troubles psychiatriques qui coexistent, ce qui n'inclut pas seulement les problèmes de toxicomanie.

⁷⁸ A. ABDEL-BAKI et autres. « Symptomatic and functional outcomes of substance use disorder persistence 2 years after admission to a first-episode psychosis program », *Psychiatry Research*, n° 247, 2017, p. 113-119.

⁷⁹ Le terme « intervention » est utilisé ici au sens large et englobe toutes les activités du PIPEP. Il peut s'agir entre autres de réadaptation, de sensibilisation, de soutien et d'enseignement au sujet de son état.

2.5.2.7 Traitement d'un premier épisode psychotique et intervention⁸⁰, selon les données probantes

Selon les données probantes⁸¹ sur le traitement d'un premier épisode psychotique et l'intervention, les traitements disponibles et proposés sont un traitement pharmacologique par un antipsychotique et une psychothérapie ou intervention basée sur les modèles cognitivo-comportementaux associée à une intervention familiale. Après s'être assurée du consentement de la personne, l'équipe de PIPEP intègre, en plus de l'approche individuelle, une approche familiale; elle offre aussi une approche cognitive comportementale de la psychose.

2.5.2.8 Intervention visant la prévention de la psychose chez les personnes à risque accru de psychose

Afin de réduire au minimum les risques de psychose, le PIPEP offre les interventions reconnues selon les données probantes⁸² aux personnes à risque accru de psychose⁸³. Il considère l'instauration⁸⁴ d'une psychothérapie ou intervention basée sur les modèles cognitivo-comportementaux, avec ou sans intervention familiale, pour traiter et intervenir auprès de chaque personne à risque accru de psychose admise au PIPEP. Il offre les traitements reconnus pour traiter tous les troubles psychiatriques associés.

2.5.2.9 Service de réinsertion professionnelle, de rattachement scolaire et de maintien en emploi et aux études

L'équipe de PIPEP offre des services de réinsertion professionnelle, de rattachement scolaire et de maintien en emploi et aux études. Elle travaille aussi avec les organismes locaux dans le but de prévenir le décrochage scolaire et l'interruption de l'emploi. Elle doit aussi établir des partenariats avec les ressources en emploi et en scolarisation de la communauté (entreprise sociale de réinsertion au travail, Emploi-Québec, carrefour jeunesse emploi, commissions scolaires, écoles, etc.) pour assurer l'accès à la scolarisation, à l'emploi (y compris le travail autonome, le bénévolat, le travail faisant l'objet d'un mentorat) et aux autres activités significatives.

⁸⁰ *Ibid.*

⁸¹ ROYAUME UNI. NATIONAL INSTITUTE FOR HEALTH AND CARE EXCELLENCE. *Clinical Guideline 178 – Psychosis and schizophrenia in adults: prevention and management*, 2014, p. 19, accessible en ligne à l'adresse suivante : nice.org.uk/guidance/cg178

⁸² *Ibid.* p. 16.

⁸³ L'offre de services aux personnes à risque accru de psychose pourra n'être mise en place qu'une fois que l'offre de services aux personnes ayant vécu un premier épisode psychotique aura été bien consolidée par le PIPEP (au plus 3 ans après le commencement des activités du PIPEP).

⁸⁴ ROYAUME UNI. NATIONAL INSTITUTE FOR HEALTH AND CARE EXCELLENCE. *Clinical Guideline 155 – Psychosis and schizophrenia in children and young people: recognition and management*, 2013, dernière mise à jour octobre 2016, p. 12-45. La recommandation basée sur les données probantes ne permet pas actuellement d'affirmer avec certitude qu'il faut offrir le traitement, mais plutôt que l'on peut considérer le traitement.

2.5.2.10 Soutien aux membres de l'entourage

L'équipe de PIPEP offre des interventions familiales⁸⁵. Les membres de l'entourage des personnes qui vivent un premier épisode psychotique et de celles qui sont à risque accru de psychose doivent eux aussi avoir accès à une évaluation de leurs besoins psychosociaux. L'équipe de PIPEP peut faire elle-même cette évaluation ou diriger le membre de l'entourage vers les services appropriés, disponibles dans la région, par exemple les services offerts par le milieu communautaire destinés aux membres de l'entourage, selon ce qui est jugé le plus efficient. L'équipe de PIPEP doit entretenir un lien étroit avec les organismes susceptibles de répondre aux besoins des membres de l'entourage des personnes atteintes de troubles mentaux. L'équipe de PIPEP doit transmettre, aux membres de l'entourage comme elle le transmet à la personne atteinte, de l'information écrite, ou par Internet si la situation le permet, concernant le diagnostic et le traitement de la psychose et de la schizophrénie, les parcours de rétablissement et de stabilisation, le rôle du PIPEP et les services qu'il offre, la façon d'obtenir de l'aide en cas d'urgence ainsi que les services offerts par le milieu communautaire destinés aux membres de l'entourage.

2.5.2.11 Lien vers les services appropriés à la fin de la période de soins

Puisque le PIPEP sert de « porte d'accès principal », il est important de faire des liens avec les autres services qui prendront la relève après la période de soins. Les intervenants de l'équipe de **PIPEP prévoient et planifient, avec l'usager**, les mécanismes qui permettront la stabilité dans l'offre de services lors des périodes critiques telles que l'hospitalisation, le retour en première ligne ou l'orientation vers d'autres services de santé mentale. La transition se fait plus ou moins graduellement selon les besoins cliniques, mais elle **est toujours planifiée** avec la personne admise au PIPEP et l'intervenant ou le service qui l'accueillera. Le service est ciblé selon les besoins de la personne, en intensité de services, de façon à maintenir le même niveau de fonctionnement. Il peut s'agir entre autres de médecins de famille, de services de suivi intensif dans le milieu (SIM) ou de soutien d'intensité variable (SIV), de l'équipe de santé mentale de première ligne, des organismes communautaires ou des GMF. Idéalement, la personne admise au PIPEP, l'intervenant du PIPEP et le nouveau service qui l'accueillera participent à des rencontres de transfert. Le transfert doit être accompagné d'un **plan d'intervention détaillé spécifique au transfert et écrit**, qui spécifie les objectifs atteints et à réaliser, les moyens pour y arriver de même que les situations à prévoir où un retour vers une équipe spécialisée de santé mentale de deuxième ligne est recommandé. Le gestionnaire de cas doit faire connaître, à l'intervenant à qui la personne est transférée, la façon dont il peut être contacté. À la fin de la période de soins, il assure le lien vers les services appropriés.

⁸⁵ L'offre est faite en respectant le consentement libre et éclairé de la personne admise, tout en lui expliquant les avantages d'impliquer les membres de son entourage. Ici, « interventions familiales » désignent entre autres des groupes psychoéducatifs destinés aux membres de l'entourage, des rencontres régulières des membres de l'entourage et l'intégration des membres de l'entourage dans l'élaboration du plan d'intervention visant le rétablissement et le mieux-être.

2.5.2.12 Assurer la continuité des soins

Afin d'assurer la continuité des soins, l'équipe de PIPEP recontactera la personne transférée ou le service qui doit la recevoir jusqu'à ce qu'elle soit assurée de la continuité des soins par le nouveau service et de l'engagement de la personne. Elle s'assure ainsi que la personne transférée continue de recevoir les services appropriés sans subir de rupture de services.

Voici, réunie sous forme de tableau, la gamme de services à mettre en place par les équipes de PIPEP de chaque établissement responsable d'offrir des soins et des services de santé mentale ainsi que la population visée par ces services.

2.5.2.13 Tableau 1 Gamme des services à mettre en place et population visée par le PIPEP de chaque établissement responsable d'offrir des services de santé mentale au Québec

Services offerts	Population visée
Sensibilisation, information et lutte contre la stigmatisation	Population générale, décideurs, enseignants, employeurs, guichets d'accès, GMF, centres de protection et de réadaptation pour les jeunes en difficulté et leur famille, centres de réadaptation, centres de crise, services judiciaires, policiers et établissements de détention et correctionnels
Accueil et orientation des demandes 6 jours sur 7, jusqu'à 20 heures	Toute personne qui vit un premier épisode psychotique ou chez laquelle on suspecte un premier épisode psychotique ou qui est suspectée d'être à risque accru de psychose
Évaluation biopsychosociale	Personnes qui vivent un premier épisode psychotique ou qui sont considérées à risque accru de psychose
Lien avec le milieu qui dirige la personne vers le PIPEP, avec l'autorisation préalable de celle-ci	Le milieu qui dirige la personne vers le PIPEP (ex. : établissement scolaire, employeur, établissement de santé, organisme communautaire, service de première ligne)
Plan d'intervention axé sur le rétablissement et le mieux-être révisé tous les six mois	Personnes qui vivent un premier épisode psychotique ou qui sont considérées à risque accru de psychose
Évaluation et traitement des troubles mentaux qui coexistent, y compris la toxicomanie	Personnes qui vivent un premier épisode psychotique ou qui sont considérées à risque accru de psychose
Intervention intensive de proximité	Personnes qui vivent un premier épisode psychotique ou qui sont considérées à risque accru de psychose
Approche cognitive comportementale	Personnes qui vivent un premier épisode psychotique ou qui sont considérées à risque accru de psychose
Approche familiale	Personnes qui vivent un premier épisode psychotique ou qui sont considérées à risque accru de psychose et membres de leur entourage

Intervention visant la prévention de la psychose chez les personnes à risque accru de psychose	Personnes à risque accru de psychose admises au PIPEP
Soutien aux membres de l'entourage	Membres de l'entourage des personnes qui vivent un premier épisode psychotique ou qui sont considérées à risque accru de psychose
Service de réinsertion professionnelle, de retour aux études et de maintien en emploi et aux études	Personnes qui vivent un premier épisode psychotique ou qui sont considérées à risque accru de psychose
Lien vers les services appropriés à la fin de la période de soins, y compris la planification du transfert et la rédaction d'un plan d'intervention spécifique au transfert	Personnes qui vivent un premier épisode psychotique ou qui sont considérées à risque accru de psychose, médecins de famille, pédiatres, GMF, psychiatres, cliniques externes de psychiatrie, SIM, SIV, équipes de santé mentale de première ligne
Suivi à la suite du transfert en vue d'assurer la continuité des soins	Personnes qui vivent un premier épisode psychotique ou qui sont considérées à risque accru de psychose, médecins de famille, pédiatres, GMF, psychiatres, cliniques externes de psychiatrie, SIM, SIV, équipes de santé mentale de première ligne.

3 OBJECTIFS DE QUALITÉ, NORMES, INDICATEURS DE PERFORMANCE ET RÉSULTATS VISÉS

Par le présent cadre de référence, le MSSS veut assurer un leadership visant l'équité d'accès et une offre de services homogènes, appuyés sur des données probantes, sur l'ensemble du territoire. L'objectif d'un PIPEP est de donner, tôt et rapidement, un accès à une équipe réunissant toute l'expertise et le savoir-faire pour détecter, prévenir intervenir et traiter les personnes vivant un premier épisode psychotique ainsi que celles à risque accru de psychose. Il contribue ainsi à l'atteinte du rétablissement fonctionnel et à la prévention des déficits fonctionnels et cognitifs. Pour ce faire, l'équipe de PIPEP doit donc mettre en place un processus permettant d'assurer le suivi du fonctionnement et de la performance du PIPEP. Ce mécanisme doit permettre l'accès aux données et le suivi des paramètres d'atteinte des objectifs.

Les sections suivantes définissent les objectifs de qualité, les normes et les indicateurs de performance (indicateurs, calcul et source des données, objectifs de performance). Ces paramètres servent d'indicateurs relatifs au contrôle et au suivi de la qualité de chacun des PIPEP. Ils sont présentés sous forme de tableau et couvrent chacun des objectifs de qualité. Ils pourraient aussi être intégrés dans une grille de fidélité, ainsi qu'il en existe déjà dans la littérature⁸⁶ (voir la section 5.1.2).

Quelques normes ne sont pas accompagnées d'indicateurs bien définis; ceux-ci pourront être définis ultérieurement en fonction du mandat que le MSSS confiera au comité de coordination du PIPEP (voir la section 5), le MSSS voulant assurer une communauté de praticiens qu'il verra à soutenir par des actions concrètes.

⁸⁶ D. E. ADDINGTON et autres. « Development and Testing of the First-Episode Psychosis Services Fidelity Scale », *Psychiatric Services*, vol. 67, n° 9, septembre 2016, p. 1023-1025.

Objectifs de qualité, normes, indicateurs, calculs et source des données et objectifs de performance de chacun des PIPEP

3.1 Composition des équipes

Objectifs de qualité	Normes	Indicateurs	Calculs et source des données	Objectifs de performance
Les intervenants de l'équipe de PIPEP sont disponibles pour les usagers et interagissent entre eux activement et fréquemment.	Tous les intervenants attirés au PIPEP y sont affectés au moins quatre jours par semaine.	Le ratio des intervenants de chacun des PIPEP qui y travaillent au moins quatre jours par semaine	Calcul : nombre d'intervenants attirés au PIPEP qui y travaillent au moins quatre jours par semaine / nombre total d'intervenants attirés à chacun des PIPEP Source : Collecte manuelle des gestionnaires du PIPEP	100 %
La durée d'intervention est optimale.	L'équipe de PIPEP met en place un processus de révision systématique des services requis.	Le ratio des personnes admises au PIPEP dont les services requis sont révisés systématiquement	Calcul : nombre de personnes admises au PIPEP dont les services requis sont révisés systématiquement / nombre total de personnes admises au PIPEP Source : Collecte manuelle des gestionnaires du PIPEP	100 %
	La durée moyenne de suivi est d'environ trois ans. ⁸⁷	Durée moyenne de suivi de chaque PIPEP	Calcul : durée moyenne de suivi du PIPEP Source : Collecte manuelle des gestionnaires du PIPEP	3 ans ⁸⁸

⁸⁷ Il s'agit ici d'une durée moyenne et non d'une durée minimale ou maximale de suivi. On peut, par exemple, s'attendre à ce que les personnes âgées de moins de 18 ans au moment de leur admission au PIPEP requièrent un suivi plus long (par exemple jusqu'à 21 ou 23 ans, selon les besoins cliniques) pour permettre le passage à l'âge adulte et éviter la rupture de services lors de la transition entre les services jeunesse et les services aux adultes. La durée moyenne de suivi vise aussi les personnes suivies moins de 6 mois, à savoir celles qui auront été admises dans le programme pour une période d'observation et d'évaluation et qui, après celle-ci, ne répondent pas aux critères du programme ou aux exigences en matière de besoin de services.

⁸⁸ Cette durée moyenne de suivi variera nécessairement en fonction de la durée du PIPEP lui-même.

Objectifs de qualité	Normes	Indicateurs	Calculs et source des données	Objectifs de performance
Assurer des effectifs en intervenants suffisants pour assurer le suivi dans le milieu de chaque personne admise au PIPEP.	Ratio de 8,4 ETC ⁸⁹ intervenants pour 100 000 personnes de 12 à 35 ans ⁹⁰ . Le chef d'équipe et le pair-aidant sont inclus dans ce calcul, mais pas les médecins et les ressources en secrétariat.	Ratio du nombre d'ETC intervenants par rapport à la population desservie	Calcul : nombre d'ETC intervenants* pour 100 000 personnes de 12 à 35 ans / la population desservie par le PIPEP Source : Collecte manuelle des gestionnaires du PIPEP	8,4 ETC
Assurer des effectifs psychiatriques suffisants pour assurer le suivi des usagers du PIPEP.	Ratio de 1,7 ETC psychiatre et/ou psychiatre travaillant auprès des adolescents et des enfants pour 100 000 personnes de 12 à 35 ans	Ratio du nombre d'ETC psychiatre et/ou psychiatre de l'enfant et de l'adolescent par rapport à la population desservie	Calcul : nombre d'ETC psychiatre et/ou psychiatre de l'enfant et de l'adolescent* pour 100 000 personnes de 12 à 35 ans / la population desservie par le PIPEP Source : Collecte manuelle des gestionnaires du PIPEP	1,7
	Nombre de psychiatres différents (y compris le psychiatre travaillant auprès des adolescents et des enfants) attitrés au PIPEP limité à 2 pour 1 PIPEP de 5 ETC intervenants et à 3 pour	Nombre de psychiatres différents (y compris le psychiatre travaillant auprès des adolescents et des enfants) attitrés au PIPEP	Calcul : nombre de psychiatres différents (y compris le psychiatre travaillant auprès des adolescents et des enfants) attitrés au PIPEP dans l'équipe Source : Collecte manuelle des gestionnaires du PIPEP	2 ou 3, selon le nombre d'ETC intervenants dans l'équipe

⁸⁹ Il pourrait être réajusté ultérieurement lorsque des données plus précises incluant les personnes à risque accru de psychose seront disponibles.

⁹⁰ La population est pondérée par l'indicateur de besoins fourni par le MSSS aux établissements (voir le PASM 2015-2020, p. 67).

Objectifs de qualité	Normes	Indicateurs	Calculs et source des données	Objectifs de performance
	1 PIPEP de 12 ETC intervenants ⁹¹			

Objectifs de qualité	Normes	Indicateurs	Calculs et source de données	Objectifs de performance
L'équipe interdisciplinaire attitrée au PIPEP est composée de ressources humaines variées.	<p>Réunir, dans une même équipe interdisciplinaire, l'expertise et le savoir-faire d'intervenants attitrés, afin d'atteindre les objectifs du PIPEP.</p> <p>Concernant les installations desservent des territoires géographiques très étendus et peu densément peuplés dont la population est de moins de 50 000 personnes, les intervenants attitrés et les fonctions sont⁹² d'au moins :</p> <ul style="list-style-type: none"> • un psychiatre travaillant auprès des adultes, des enfants et des adolescents • une infirmière • un spécialiste en toxicomanie • un spécialiste en réinsertion 	L'équipe du PIPEP confirme qu'elle compte sur chacun des intervenants attitrés, requis pour assurer chacune de ces fonctions.	<p>Calcul : par titre de poste et de fonction : nombre d'intervenants attitrés au PIPEP couvrant des territoires géographiques très étendus et peu densément peuplés</p> <p>Source : Collecte manuelle des gestionnaires du PIPEP</p>	Au moins un intervenant attitré relativement à chacune de ces professions et de ces fonctions ⁹³

⁹¹ Sans dépasser le ratio de 1,7 ETC psychiatre et/ou psychiatre travaillant auprès des adolescents et des enfants pour 100 000 personnes de 12 à 35 ans.

⁹² Un même intervenant peut assurer plus d'une de ces fonctions.

⁹³ *Ibid.*

Objectifs de qualité	Normes	Indicateurs	Calculs et source de données	Objectifs de performance
	<p>socioprofessionnelle et en scolarisation</p> <ul style="list-style-type: none"> un spécialiste des approches familiales et cognitives comportementales 			
	<p>Concernant tous les autres établissements, les intervenants attitrés et les fonctions sont d'au moins :</p> <ul style="list-style-type: none"> un psychiatre travaillant auprès des adultes un psychiatre travaillant auprès des enfants et des adolescents une infirmière 	<p>Le PIPEP confirme qu'il compte sur chacun des intervenants attitrés, requis pour couvrir chacune de ces fonctions.⁹⁵</p>	<p>Calcul : nombre d'intervenants attitrés au PIPEP, par titre de poste et de fonction</p> <p>Source : Collecte manuelle des questionnaires du PIPEP</p>	<p>Au moins un intervenant attitré relativement à chacune de ces professions et de ces fonctions⁹⁶</p>

⁹⁵ Un même intervenant peut assurer plus d'une de ces fonctions.

⁹⁶ *Ibid.*

Objectifs de qualité	Normes	Indicateurs	Calculs et source de données	Objectifs de performance
	<ul style="list-style-type: none"> • un spécialiste en toxicomanie • un spécialiste en réinsertion socioprofessionnelle et en scolarisation • un spécialiste des approches familiales et cognitives comportementales • un pair-aidant⁹⁴ 			
<p>L'équipe interdisciplinaire attitrée au PIPEP est composée de ressources humaines variées et de professionnels consultants nommément désignés.</p>	<p>L'équipe de PIPEP s'appuie sur des ressources professionnelles qu'elle peut consulter.</p> <p>Concernant les installations qui couvrent des territoires géographiques très étendus et peu densément peuplés dont la population à desservir est de moins de 50 000 personnes, les professionnels consultants nommément désignés sont les suivants (à moins qu'ils n'y soient déjà attitrés⁹⁷) :</p> <ul style="list-style-type: none"> • pharmacien • travailleur social • psychoéducateur 	<p>Le PIPEP confirme qu'il dispose de l'appui, sur place, de chacun des professionnels consultants et nommément désignés.</p>	<p>Calcul : nombre de professionnels consultants et nommément désignés par titre de profession</p> <p>Source : Collecte manuelle des questionnaires du PIPEP</p>	<p>Au moins un professionnel consultant et nommément désigné par titre de profession</p>

⁹⁴ Un pair-aidant du même groupe d'âge que la moyenne d'âge de la population desservie par le PIPEP est recommandé.

⁹⁷ Parce que les **fonctions** (spécialiste en toxicomanie, spécialiste en réinsertion socioprofessionnelle et en scolarisation et spécialiste des approches familiales et cognitives comportementales) peuvent être exercées par un ou plusieurs membres habilités de certaines de ces professions.

Objectifs de qualité	Normes	Indicateurs	Calculs et source de données	Objectifs de performance
	<ul style="list-style-type: none"> • psychologue • ergothérapeute • nutritionniste • omnipraticien • pédiatre • neurologue • conseiller d'orientation 			
	<p>Concernant les installations couvrant des territoires géographiques très étendus et peu densément peuplés : l'équipe de PIPEP dispose d'une entente de services avec une équipe de PIPEP de son RUIS qui agit en tant que consultante auprès de l'équipe en utilisant tous les moyens disponibles, dont la télémédecine.</p>	<p>L'équipe de PIPEP confirme qu'elle dispose d'une entente de services avec une équipe de PIPEP de son RUIS qui agit en tant que consultante auprès d'elle en utilisant tous les moyens disponibles, dont la télémédecine.</p>	<p>Calcul : nombre d'équipes de PIPEP de l'installation couvrant des territoires géographiques très étendus et peu densément peuplés disposant d'une entente de service avec une équipe de PIPEP de son RUIS / nombre d'équipes de PIPEP de l'installation couvrant des territoires géographiques très étendus et peu densément peuplés</p> <p>Source : Collecte manuelle des questionnaires du PIPEP</p>	<p>100 %</p>

Objectifs de qualité	Normes	Indicateurs	Calculs et source de données	Objectifs de performance
	<p>Concernant tous les autres établissements, les professionnels consultants nommément désignés sont (à moins que ceux-ci n’y soient déjà attitrés⁹⁸) les suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> • pharmacien • travailleur social • psychoéducateur • psychologue • ergothérapeute • nutritionniste • omnipraticien • pédiatre • neurologue • neuropsychologue • kinésiologue ou éducateur physique • conseiller d’orientation 	<p>L’équipe de PIPEP confirme qu’elle dispose de l’appui de chacun des professionnels consultants et nommément désignés.</p>	<p>Calcul : nombre de professionnels consultants nommément désignés appuyant l’équipe du PIPEP, par titre de profession ou de fonction</p> <p>Source : Collecte manuelle des questionnaires du PIPEP</p>	<p>Au moins un professionnel consultant nommément désigné pour chacune de ces professions et de ces fonctions</p>

3.2 Sensibilisation, information et lutte contre la stigmatisation

⁹⁸ Parce que les fonctions (spécialiste en toxicomanie, spécialiste en réinsertion socioprofessionnelle et en scolarisation et spécialiste des approches familiales et cognitives comportementales) peuvent être exercées par un ou plusieurs membres habilités de certaines de ces professions.

OBJECTIFS DE QUALITÉ	NORMES	INDICATEURS	CALCULS ET SOURCES DE DONNÉES	OBJECTIFS DE PERFORMANCE
Sensibilisation de la communauté à la psychose	L'équipe de PIPEP ⁹⁹ élabore un plan de sensibilisation destiné à la communauté.	L'équipe de PIPEP confirme qu'elle a dressé la liste des organismes ciblés à qui est offerte l'activité de sensibilisation à la psychose	Calcul : nombre de listes des organismes ciblés à qui est offerte l'activité de sensibilisation à la psychose Source : Collecte manuelle des questionnaires du PIPEP	Une liste
		L'équipe de PIPEP confirme qu'elle a établi le contenu de son plan de sensibilisation à la psychose ¹⁰⁰ .	Calcul : L'équipe du PIPEP a confirmé qu'elle a établi le contenu du plan de sensibilisation à la psychose Source : Collecte manuelle des questionnaires du PIPEP	Une confirmation
	L'équipe de PIPEP offre des activités de sensibilisation à la psychose dans sa communauté au moins une fois tous les trois ans.	L'équipe de PIPEP confirme qu'elle a offert une activité de sensibilisation aux organismes ciblés au moins une fois tous les trois ans.	Calcul : nombre d'organismes ciblés ayant reçu une activité de sensibilisation sur la psychose, sur une période d'une année / nombre d'organismes ciblés Source : Collecte manuelle des questionnaires du PIPEP	33 %

⁹⁹ Le contenu de l'activité de sensibilisation pourra être défini ultérieurement en fonction du mandat que confiera le MSSS au comité de coordination (voir le point 5). Il sera ensuite partagé pour être utilisé par toutes les équipes de PIPEP. Cela favorise l'efficacité et l'homogénéité du contenu.

¹⁰⁰ *Ibid.*

3.3 Accès facile et rapide au PIPEP

Objectifs de qualité	Normes	Indicateurs	Calculs et sources de données	Objectifs de performance
Mécanisme d'accès au PIPEP bien connu, facile et rapide	L'équipe de PIPEP diffuse largement, dans la communauté, le numéro de téléphone pour la joindre.	L'équipe de PIPEP confirme qu'elle a largement diffusé le numéro de téléphone principal pour la joindre.	Calcul : l'équipe de PIPEP a confirmé qu'elle a largement diffusé le numéro de téléphone principal pour la joindre. Source : Collecte manuelle des gestionnaires du PIPEP.	Une confirmation
Le PIPEP est offert à la population visée.	Le PIPEP est offert d'abord aux personnes âgées de 12 à 35 ans qui présentent des symptômes d'un trouble psychotique ¹⁰¹ ou qui sont considérées à risque accru de psychose et qui n'ont jamais été traitées pour une psychose ou ne l'ont été que pendant une période de douze mois ou moins ¹⁰² .	L'équipe de PIPEP confirme que le PIPEP est offert aux personnes âgées de 12 à 35 ans qui présentent des symptômes d'un trouble psychotique ou qui sont considérées à risque accru de psychose et qui n'ont jamais été traitées pour une psychose ou ne l'ont été que pendant une période de douze mois ou moins.	Calcul : l'équipe de PIPEP a confirmé que le PIPEP est offert aux personnes âgées de 12 à 35 ans qui présentent des symptômes d'un trouble psychotique ou qui sont considérées à risque accru de psychose et qui n'ont jamais été traitées pour une psychose ou ne l'ont été que pendant une période de douze mois ou moins. Source : Collecte manuelle des gestionnaires du PIPEP	Une confirmation

¹⁰¹ Y compris tous les types de troubles psychotiques confondus, à l'exception des psychoses secondaires à un trouble physique.

¹⁰² Certaines personnes pourraient avoir été traitées de façon sous-optimale et présenter un potentiel de réponse au PIPEP significatif et y être admises même si la durée d'un traitement précédent est plus longue que celle indiquée dans le critère d'admissibilité.

Objectifs de qualité	Normes	Indicateurs	Calculs et sources de données	Objectifs de performance
	Concernant les personnes qui sont d'un autre groupe d'âge que celles âgées de 12 à 35 ans, l'équipe de PIPEP les évalue individuellement et, selon le cas, leur fournit un traitement ou les dirige vers un autre service plus approprié à leur situation ¹⁰³ .	L'équipe de PIPEP confirme qu'elle évalue individuellement les personnes qui sont d'un autre groupe d'âge que celles âgées de 12 à 35 ans et que, selon le cas, elle leur fournit un traitement ou les dirige vers un autre service plus approprié à leur situation.	Calcul : l'équipe de PIPEP a confirmé que les personnes qui sont d'un autre groupe d'âge que celles âgées de 12 à 35 ans sont évaluées individuellement et qu'elle leur fournit un traitement ou les dirige vers un autre service plus approprié à leur situation. Source : Collecte manuelle des questionnaires du PIPEP.	Une confirmation
	Il n'y a pas de critère d'exclusion concernant les diagnostics associés.	L'équipe de PIPEP confirme qu'il n'y a pas de critère d'exclusion concernant les diagnostics associés.	Calcul : l'équipe de PIPEP a confirmé qu'il n'y avait pas de critère d'exclusion concernant les diagnostics associés. Source : Collecte manuelle des questionnaires du PIPEP	Une confirmation

¹⁰³ Compte tenu de leur âge moyen et médian lors des premiers épisodes psychotiques, les jeunes représenteront la grande majorité des personnes admises à un PIPEP. Le PIPEP maintiendra sa spécialisation pour cette tranche d'âge et le personnel, ses compétences à travailler avec les problématiques spécifiques de l'adolescence. Les jeunes admis à un PIPEP pourront s'identifier aux autres jeunes qui, comme eux, vivent non seulement un premier épisode psychotique, mais qui en sont également aux mêmes étapes de leur développement. Il n'apparaît pas approprié, sur le plan éthique, de refuser les soins spécialisés du PIPEP à ceux qui seraient jugés un peu trop jeunes ou trop vieux mais qui présentent un bon potentiel de réponse aux interventions offertes par le PIPEP.

Objectifs de qualité	Normes	Indicateurs	Calculs et sources de données	Objectifs de performance
L'accès au PIPEP est disponible 6 jours sur 7, jusqu'à 20 heures la semaine.	L'équipe de PIPEP permet l'accès à un intervenant, 6 jours sur 7, jusqu'à 20 heures la semaine.	L'équipe de PIPEP confirme qu'un intervenant du programme permet d'assurer l'accès, 6 jours sur 7, jusqu'à 20 heures la semaine.	Calcul : l'équipe de PIPEP a confirmé qu'un intervenant du programme assure l'accès, 6 jours sur 7, jusqu'à 20 heures la semaine. Source : Collecte manuelle des gestionnaires du PIPEP.	Une confirmation
L'évaluation de la situation de la personne dirigée vers le PIPEP est faite en moins de 72 heures.	L'équipe de PIPEP fait <u>l'évaluation de chaque situation</u> moins de 72 heures ¹⁰⁴ suivant la réception de la demande.	L'équipe de PIPEP confirme qu'un intervenant du programme a fait l'évaluation de la situation moins de 72 heures suivant la réception de la demande.	Calcul : nombre d'évaluations de la situation faites en moins de 72 heures suivant la réception de la demande / nombre de personnes dirigées vers le PIPEP Source : Collecte manuelle des gestionnaires du PIPEP.	100 %

3.4 Évaluation psychiatrique (biopsychosociale) sans délai

OBJECTIFS DE QUALITÉ	NORMES	INDICATEURS	CALCULS ET SOURCES DE DONNÉES	OBJECTIFS DE PERFORMANCE
----------------------	--------	-------------	-------------------------------	--------------------------

¹⁰⁴ Idéalement dans les 24 heures

<p>Concernant les personnes retenues à l'évaluation initiale concluant à la présence de signes ou de symptômes indiquant une possible psychose : évaluation psychiatrique (biopsychosociale) dans les 15 jours suivant la réception de la demande dans le cas d'un état stable et dans les 7 jours, dans le cas d'un état instable.</p>	<p>À la suite de l'évaluation de la situation (premier contact) concluant à la présence de signes ou de symptômes indiquant une possible psychose, l'équipe de PIPEP offre une évaluation médicale</p> <ul style="list-style-type: none"> • dans les 15 jours suivant la réception de la demande dans le cas d'un état stable; 	<p>L'équipe de PIPEP confirme qu'elle a offert une évaluation psychiatrique, dans un délai maximal de 15 jours suivant la réception de la demande, à la personne qui a été retenue à l'évaluation initiale concluant à la présence de signes ou de symptômes indiquant une possible psychose et dont l'état est jugé stable.</p>	<p>Calcul : nombre de personnes qui ont été retenues à l'évaluation initiale concluant à la présence de signes ou de symptômes indiquant une possible psychose, dont l'état est jugé stable, auxquelles l'équipe de PIPEP a offert une évaluation psychiatrique dans un délai maximal de 15 jours suivants la réception de la demande / nombre total de personnes qui ont été retenues à l'évaluation initiale concluant à la présence de signes ou de symptômes indiquant une possible psychose et dont l'état est jugé stable, auxquelles l'équipe de PIPEP a offert une évaluation psychiatrique</p> <p>Source : Collecte manuelle des questionnaires du PIPEP.</p>	<p>100 %</p>
	<ul style="list-style-type: none"> • dans les 7 jours suivant la réception de la demande dans le cas d'un état instable¹⁰⁵. 	<p>L'équipe de PIPEP confirme qu'elle a offert une évaluation psychiatrique, dans un délai maximal de 7 jours suivant la réception de la demande, à la personne qui a été retenue à l'évaluation initiale concluant à la présence de signes ou de symptômes indiquant une possible psychose et dont l'état est jugé instable.</p>	<p>Calcul : nombre de personnes qui ont été retenues à l'évaluation initiale concluant à la présence de signes ou de symptômes indiquant une possible psychose et dont l'état est jugé instable, auxquelles l'équipe de PIPEP a offert une évaluation psychiatrique dans un délai maximal de 7 jours suivant la réception de la demande / nombre total de personnes retenues à la suite de l'évaluation concluant à la présence de signes ou de symptômes indiquant une possible psychose et dont l'état est jugé</p>	<p>100%</p>

¹⁰⁵ PASM 2015-2020, tableau 2.2, p. 68.

			instable, auxquelles l'équipe de PIPEP a offert une évaluation psychiatrique Source : Collecte manuelle des questionnaires du PIPEP.	
Concernant les personnes retenues à l'évaluation initiale concluant à la possibilité de risque accru de psychose : évaluation psychiatrique (biopsychosociale) dans les 30 ¹⁰⁶ jours suivant la réception de la demande dans le cas d'un état stable et dans les 14 ¹⁰⁷ jours suivant la réception de la demande, dans le cas	À la suite de l'évaluation de la situation (premier contact) concluant à la possibilité de risque accru de psychose, l'équipe de PIPEP planifie une évaluation médicale : <ul style="list-style-type: none"> • dans les 30 jours suivant la réception de la demande dans le cas d'un état stable; 	L'équipe de PIPEP confirme qu'elle a offert une évaluation psychiatrique, dans un délai maximal de 30 jours suivant la réception de la demande, à la personne qui a été retenue à l'évaluation initiale concluant à la possibilité d'un risque accru de psychose et dont l'état est jugé stable.	Calcul : nombre de personnes qui ont été retenues à l'évaluation initiale concluant à la possibilité d'un risque accru de psychose, dont l'état est jugé stable et auxquelles l'équipe de PIPEP a offert une évaluation psychiatrique, dans un délai maximal de 30 jours suivant la réception de la demande / nombre total de personnes qui ont été retenues à l'évaluation initiale concluant à la possibilité d'un risque accru de psychose, dont l'état est jugé stable et auxquelles l'équipe de PIPEP a offert une évaluation psychiatrique Source : Collecte manuelle des questionnaires du PIPEP	100 %

¹⁰⁶ *Ibid.* À moins que la situation clinique soit un premier épisode psychotique, une crise de manie, une crise d'hypomanie, un trouble dépressif postpartum grave ou une dépression majeure, auquel cas, ce sont les standards ministériels prévus dans ces situations cliniques qui s'appliquent.

¹⁰⁷ *Ibid.*

<p>d'un état instable</p>	<ul style="list-style-type: none"> • dans les 14 jours dans le cas d'un état instable 	<p>L'équipe de PIPEP confirme qu'elle a offert une évaluation psychiatrique, dans un délai maximal de 14 jours suivant la réception de la demande, à la personne qui a été retenue à l'évaluation initiale concluant à la possibilité d'un risque accru de psychose et dont l'état est jugé instable.</p>	<p>Calcul : nombre de personnes qui ont été retenues à l'évaluation initiale concluant à la possibilité d'un risque accru de psychose, dont l'état est jugé instable et auxquelles l'équipe de PIPEP a offert une évaluation psychiatrique, à l'intérieur du délai de 14 jours suivant la réception de la demande / nombre de personnes qui ont été retenues à l'évaluation initiale concluant à la possibilité d'un risque accru de psychose, dont l'état est jugé instable et auxquelles l'équipe de PIPEP a offert une évaluation psychiatrique</p> <p>Source : Collecte manuelle des questionnaires du PIPEP</p>	<p>100 %</p>
	<p>L'évaluation psychiatrique effectuée est une évaluation biopsychosociale.</p>	<p>L'équipe de PIPEP confirme que l'évaluation psychiatrique est une évaluation biopsychosociale.</p>	<p>Calcul : nombre de personnes dont l'évaluation psychiatrique est une évaluation biopsychosociale / nombre d'évaluations psychiatriques suivant l'évaluation initiale de la situation</p> <p>Source : Collecte manuelle des questionnaires du PIPEP</p>	<p>100 %</p>

3.5 Lien avec le milieu qui dirige une personne vers le PIPEP

OBJECTIFS DE QUALITÉ	NORMES	INDICATEURS	CALCULS ET SOURCES DE DONNÉES	OBJECTIFS DE PERFORMANCE
Maintien du lien avec le milieu qui dirige un usager vers le PIPEP	Lorsque l'usager dirigé vers le PIPEP y consent, le rapport de consultation est expédié au milieu qui l'y a dirigé. Lorsque la personne qui a dirigé l'usager vers le PIPEP est un médecin, l'autorisation de l'usager, bien qu'elle soit souhaitée, n'est pas requise. Il peut aussi s'agir de rapports d'étapes, de notes de suivis ou de contacts téléphoniques périodiques.	L'équipe de PIPEP confirme que le rapport de consultation psychiatrique fait à la demande d'un médecin lui a été envoyé.	Calcul : nombre de rapports de consultation psychiatrique faits à la demande d'un médecin, envoyés à celui-ci / nombre de rapports de consultation psychiatrique faits à la demande d'un médecin Source : Collecte manuelle des gestionnaires du PIPEP.	100 %
		L'équipe de PIPEP confirme qu'un lien a été établi avec le milieu qui a dirigé l'usager vers le PIPEP à la suite de la consultation psychiatrique, lorsque cet usager y consent.	Calcul : nombre d'usagers qui ont consenti et pour qui un lien a été fait avec le milieu qui les a dirigés vers le PIPEP à la suite de l'évaluation psychiatrique / nombre d'usagers ayant consenti à ce qu'un lien soit établi avec le milieu les ayant dirigés vers le PIPEP à la suite de l'évaluation psychiatrique Source : Collecte manuelle des gestionnaires du PIPEP.	100 %

3.6 Plan d'intervention axé sur le rétablissement et le mieux-être à jour

OBJECTIFS DE QUALITÉ	NORMES	INDICATEURS	CALCULS ET SOURCES DE DONNÉES	OBJECTIFS DE PERFORMANCE
Maintenir à jour un plan d'intervention axé sur le rétablissement et le mieux-être	Chaque personne admise au PIPEP collabore à l'élaboration de son plan d'intervention axé sur le rétablissement et le mieux-être permettant de suivre l'évolution des objectifs, des moyens et des résultats concernant les aspects biopsychosociaux liés à son rétablissement fonctionnel et au maintien d'une bonne forme physique.	L'équipe de PIPEP confirme que chacune des personnes admises au PIPEP a son plan d'intervention axé sur le rétablissement et le mieux-être.	Calcul : nombre de personnes admises au PIPEP qui a son plan d'intervention axé sur le rétablissement et le mieux-être / nombre de personnes admises au PIPEP Source : Collecte manuelle des gestionnaires du PIPEP.	100 %
		L'équipe de PIPEP confirme que chacune des personnes admises au PIPEP a collaboré à l'élaboration de son plan d'intervention axé sur le rétablissement et le mieux-être.	Calcul : nombre de personnes admises au PIPEP qui ont collaboré à l'élaboration de leur plan d'intervention axé sur le rétablissement et le mieux-être / nombre de personnes admises au PIPEP Source : Collecte manuelle des gestionnaires du PIPEP.	90 %
	Chaque plan d'intervention axé sur le rétablissement et le mieux-être est mis à jour tous les six mois.	L'équipe de PIPEP confirme que chaque plan d'intervention axé sur le rétablissement et le mieux-être est mis à jour tous les six mois.	Calcul : nombre de personnes admises au PIPEP dont le plan d'intervention axé sur le rétablissement et le mieux-être a été mis à jour depuis six mois ou moins / nombre de personnes admises au PIPEP ayant un plan d'intervention axé sur le rétablissement et le mieux-être Source : Collecte manuelle des gestionnaires du PIPEP.	90 %

3.7 Évaluation, intervention et traitement des troubles mentaux qui coexistent¹⁰⁸

OBJECTIFS DE QUALITÉ	NORMES	INDICATEURS	CALCULS ET SOURCES DE DONNÉES	OBJECTIFS DE PERFORMANCE
Assurer l'évaluation et le traitement des troubles mentaux qui coexistent avec la psychose ainsi que l'intervention appropriée.	Une évaluation des troubles mentaux qui coexistent ¹⁰⁹ doit être offerte à chaque personne admise au PIPEP.	L'équipe de PIPEP confirme avoir offert à chaque personne admise au PIPEP l'évaluation des troubles mentaux qui coexistent.	Calcul : nombre de personnes admises au PIPEP auxquelles l'équipe de PIPEP a offert l'évaluation des troubles mentaux qui coexistent / nombre de personnes admises au PIPEP Source : Collecte manuelle des questionnaires du PIPEP.	100 %
	Chaque personne présentant un trouble mental coexistant peut recevoir, si elle y consent, un traitement et/ou une intervention appropriée pour son trouble.	L'équipe de PIPEP confirme avoir offert, à chaque personne admise au PIPEP et présentant un trouble mental coexistant, l'intervention et/ou le traitement approprié, adapté à son trouble, selon les normes de pratique reconnues et appuyées par les données probantes.	Calcul : nombre de personnes admises au PIPEP qui présentent un trouble mental coexistant, auxquelles l'équipe de PIPEP a offert l'intervention et/ou le traitement approprié, adapté à ce trouble mental coexistant / nombre de personnes admises au PIPEP qui présentent un trouble mental coexistant Source : Collecte manuelle des questionnaires du PIPEP.	100 %

¹⁰⁸ Le terme « intervention » est utilisé au sens large et englobe toutes les activités du PIPEP (ex. : réadaptation, sensibilisation, soutien, enseignement).

¹⁰⁹ Tous les troubles psychiatriques qui coexistent, ce qui n'inclut pas seulement la toxicomanie.

3.8 Intervention intensive et de proximité

OBJECTIFS DE QUALITÉ	NORMES	INDICATEURS	CALCULS ET SOURCES DE DONNÉES	OBJECTIFS DE PERFORMANCE
Assurer l'intervention intensive et de proximité dans le milieu de vie de la personne.	Une intervention intensive et de proximité adaptée est offerte à chaque personne admise au PIPEP, selon les besoins cliniques de celle-ci.	L'équipe de PIPEP confirme que chaque personne admise au programme reçoit une intervention intensive et de proximité adaptée aux besoins cliniques de celle-ci.	Calcul : nombre de personnes admises au PIPEP qui reçoivent une intervention intensive et de proximité adaptée à leurs besoins cliniques / nombre de personnes admises au PIPEP Source : Collecte manuelle des gestionnaires du PIPEP.	100 %
	Le ratio de personnes activement en suivi au PIPEP par ETC intervenant attitré au PIPEP est en moyenne de 16 pour 1, ce qui permet une intervention intensive et de proximité en plus des autres activités offertes.	L'équipe de PIPEP confirme que le ratio de personnes activement en suivi au PIPEP par ETC intervenant attitré au PIPEP est en moyenne de 16 pour 1.	Calcul : nombre de personnes activement en suivi au PIPEP / nombre d'intervenants ETC attitrés au PIPEP Source : Collecte manuelle des gestionnaires du PIPEP.	16 pour 1

3.9 La prévention d'un premier épisode psychotique chez les personnes à risque accru de psychose

OBJECTIFS DE QUALITÉ	NORMES	INDICATEURS	CALCULS ET SOURCES DE DONNÉES	OBJECTIFS DE PERFORMANCE
Assurer la prévention d'un premier épisode psychotique, ainsi que le recommandent les données probantes. ¹¹⁰	Les personnes considérées à risque accru de psychose admises au PIPEP vivront un premier épisode psychotique dans une moindre proportion que celles qui ne bénéficient pas de ce type d'approche.	Diminution de la survenue d'un premier épisode psychotique chez les personnes considérées à risque accru de psychose, comparativement à celles qui ne bénéficient pas des interventions d'un PIPEP. La mesure est à définir ¹¹¹ .	Calcul : à élaborer, selon le choix de la mesure. ¹¹²	À définir ¹¹³ selon l'outil de mesure utilisé; l'objectif est d'obtenir une diminution de la survenue d'un premier épisode psychotique.
	Offrir un traitement basé sur les données probantes à toutes les personnes à risque accru de psychose qui présentent un trouble psychiatrique.	L'équipe de PIPEP confirme avoir offert un traitement basé sur les données probantes aux personnes à risque accru de psychose qui présentent un trouble psychiatrique.	Calcul : nombre de personnes à risque accru de psychose qui présentent un trouble psychiatrique, à qui on a offert un traitement basé sur les données probantes / nombre de personnes à risque accru de psychose qui présentent un trouble psychiatrique Source : Collecte manuelle des questionnaires du PIPEP.	100 %

¹¹⁰ L'offre de services aux personnes à risque accru de psychose pourra n'être mise en place qu'une fois que l'offre de services aux personnes vivant un premier épisode psychotique aura été bien consolidée par le PIPEP (tout au plus 3 ans après le commencement des activités du PIPEP).

¹¹¹ Pourra être définie ultérieurement en fonction du mandat que confiera le MSSS au comité de coordination (voir le point 5).

¹¹² *Ibid.*

¹¹³ *Ibid.*

OBJECTIFS DE QUALITÉ	NORMES	INDICATEURS	CALCULS ET SOURCES DE DONNÉES	OBJECTIFS DE PERFORMANCE
	Considérer l'instauration ¹¹⁴ d'une psychothérapie ou intervention basée sur les modèles cognitivo-comportementaux, avec ou sans intervention familiale, pour chaque personne à risque accru de psychose admise au PIPEP.	L'équipe de PIPEP confirme avoir considéré l'instauration d'une psychothérapie ou intervention basée sur les modèles cognitivo-comportementaux, avec ou sans intervention familiale, pour chaque personne à risque accru de psychose admise au PIPEP.	Calcul : nombre de personnes à risque accru de psychose, admises au PIPEP, pour lesquelles on a considéré l'instauration d'une psychothérapie ou intervention basée sur les modèles cognitivo-comportementaux, avec ou sans intervention familiale / nombre total de personnes à risque accru de psychose admises au PIPEP Source : Collecte manuelle des questionnaires du PIPEP.	100 %
	Aucun antipsychotique ¹¹⁵ pour traiter une psychose ne doit être offert aux personnes à risque accru de psychose, chez lesquelles un diagnostic de psychose ou de schizophrénie n'est pas confirmé.	Le PIPEP confirme que les personnes à risque accru de psychose admises au PIPEP, chez lesquelles un diagnostic de psychose ou de schizophrénie n'a pas été confirmé, n'ont reçu aucun antipsychotique pour traiter une psychose.	Calcul : nombre de personnes à risque accru de psychose admises au PIPEP, chez lesquelles un diagnostic de psychose ou de schizophrénie n'est pas confirmé, qui n'ont reçu aucun antipsychotique pour traiter une psychose / nombre total de personnes à risque accru de psychose admises au PIPEP chez lesquelles un diagnostic de psychose ou de schizophrénie n'est pas confirmé Source : Collecte manuelle des	100 %

¹¹⁴ La recommandation basée sur les données probantes ne permet pas actuellement d'affirmer avec certitude qu'il faut offrir le traitement, mais plutôt que l'on peut considérer le traitement. Royaume-Uni. NICE. *Clinical guideline 155 – Psychosis and schizophrenia in children and young people: recognition and management*, 2013, dernière mise à jour octobre 2016, p. 12-45, accessible en ligne à l'adresse suivante: nice.org.uk/guidance/cg155.

¹¹⁵ Cela n'exclut pas la possibilité d'offrir un antipsychotique pour traiter un autre trouble psychiatrique, selon les normes de pratique reconnues et appuyées par les données probantes.

OBJECTIFS DE QUALITÉ	NORMES	INDICATEURS	CALCULS ET SOURCES DE DONNÉES	OBJECTIFS DE PERFORMANCE
			questionnaires du PIPEP.	

3.10 Traitement d'un premier épisode psychotique et intervention, selon les données probantes

Objectifs de qualité	Normes	Indicateurs	Calculs et sources de données	Objectifs de performance
Traiter la psychose et intervenir rapidement après l'apparition des symptômes et la confirmation du diagnostic.	Diminution de la durée de psychose non traitée chez les personnes admises au PIPEP, comparativement à la durée moyenne des épisodes psychotiques non traités rapportée dans la littérature chez les personnes qui ne bénéficient pas d'un PIPEP.	Le délai entre le début des symptômes psychotiques des personnes dont le diagnostic de psychose ou de schizophrénie est confirmé et le début du traitement pharmacologique en combinaison avec les autres interventions, chez les personnes admises au PIPEP qui vivent un épisode psychotique La mesure spécifique est à définir ¹¹⁶ .	Calcul : à élaborer, selon le choix de la mesure. ¹¹⁷	À définir, ¹¹⁸ selon l'outil de mesure utilisé; l'objectif est d'obtenir une diminution de la durée de la psychose non traitée.
Assurer le traitement d'un premier épisode psychotique et intervenir selon les recommandations	Offrir un antipsychotique à chaque personne qui vit un premier épisode psychotique admise au PIPEP, en tenant compte de ses préférences, en combinaison avec les autres interventions (voir ci-	L'équipe de PIPEP confirme qu'elle a offert un antipsychotique à la personne admise au PIPEP qui vit un premier épisode psychotique, en tenant compte des préférences de	Calcul : nombre de personnes admises au PIPEP qui vivent un premier épisode psychotique auxquelles l'équipe de PIPEP a offert un antipsychotique, en tenant compte des préférences de ces personnes, en combinaison avec les autres	100 %

¹¹⁶ Pourra être définie ultérieurement, en fonction du mandat que confiera le MSSS au comité de coordination (voir le point 5).

¹¹⁷ *Ibid.*

¹¹⁸ *Ibid.*

Objectifs de qualité	Normes	Indicateurs	Calculs et sources de données	Objectifs de performance
appuyées sur les données probantes.	dessous).	celle-ci, en combinaison avec les autres interventions (voir ci-dessous).	interventions / nombre de personnes admises au PIPEP qui vivent un premier épisode psychotique Source : Collecte manuelle des questionnaires du PIPEP.	
	Offrir une psychothérapie ou intervention basée sur les modèles cognitivo-comportementaux, individuelle ou en groupe, à chaque personne qui vit un premier épisode psychotique admise au PIPEP.	L'équipe de PIPEP confirme qu'elle a offert une psychothérapie ou intervention basée sur les modèles cognitivo-comportementaux, individuelle ou en groupe, à toute personne admise au PIPEP qui vit un premier épisode psychotique.	Calcul : nombre de personnes admises au PIPEP vivant un premier épisode psychotique auxquelles l'équipe de PIPEP a offert une psychothérapie ou intervention basée sur les modèles cognitivo-comportementaux, individuelle ou en groupe / nombre de personnes admises au PIPEP qui vivent un premier épisode psychotique Source : Collecte manuelle des questionnaires du PIPEP.	100 %
	Offrir une intervention ¹¹⁹ familiale à chaque personne qui vit un premier épisode psychotique admise au PIPEP et qui est en contact avec un membre de sa famille ou de son entourage.	Le PIPEP confirme qu'il a offert une intervention familiale à toute personne admise au PIPEP qui vit un premier épisode psychotique et qui est en contact avec un membre de sa famille ou de son entourage.	Calcul : nombre de personnes admises au PIPEP et qui sont en contact avec un membre de leur famille ou de leur entourage, vivant un premier épisode psychotique, auxquelles l'équipe de PIPEP a offert une intervention familiale / nombre de personnes admises au PIPEP qui vivent un premier épisode psychotique et qui sont en contact avec un membre de	100 %

¹¹⁹ L'offre est faite en respectant le consentement libre et éclairé de la personne admise, tout en lui expliquant les avantages d'impliquer les membres de son entourage. Ici, « intervention familiale » désigne, entre autres, des groupes d'éducation psychologique pour les membres de l'entourage, des rencontres régulières des membres de l'entourage et l'intégration des membres de l'entourage dans l'élaboration du plan d'intervention visant le rétablissement et le mieux-être.

Objectifs de qualité	Normes	Indicateurs	Calculs et sources de données	Objectifs de performance
			leur famille ou de leur entourage Source : Collecte manuelle des gestionnaires du PIPEP.	

3.11 Soutien aux membres de l'entourage

OBJECTIFS DE QUALITÉ	NORMES	INDICATEURS	CALCULS ET SOURCES DE DONNÉES	OBJECTIFS DE PERFORMANCE
Assurer le soutien aux membres de l'entourage	L'équipe de PIPEP offre l'évaluation des besoins psychosociaux des membres de l'entourage ou dirige ces derniers vers les services appropriés.	L'équipe de PIPEP confirme qu'elle a offert d'effectuer l'évaluation des besoins psychosociaux des membres de l'entourage ou de diriger ceux-ci vers les services appropriés.	Calcul : nombre de confirmations d'offre d'évaluation ou d'orientation vers des services d'évaluation des besoins psychosociaux des membres de l'entourage / nombre total de membres de l'entourage de personnes admises au PIPEP Source : Collecte manuelle des questionnaires du PIPEP.	100 %
	L'équipe de PIPEP offre de l'information écrite aux membres de l'entourage, comme elle en offre à la personne admise, sur : <ul style="list-style-type: none"> • l'évaluation et le traitement de la psychose et de la schizophrénie; • les parcours de rétablissement et de stabilisation; • le rôle du PIPEP et les services qu'il permet d'offrir; • la façon d'obtenir de l'aide en cas d'urgence; • les services offerts par le milieu 	L'équipe de PIPEP confirme qu'elle a offert de l'information écrite aux membres de l'entourage, comme elle en offre à la personne admise, sur : <ul style="list-style-type: none"> • l'évaluation et le traitement de la psychose et de la schizophrénie; • les parcours de rétablissement et de stabilisation; • le rôle du PIPEP et les services qu'il permet d'offrir; • la façon d'obtenir de l'aide en cas d'urgence; • les services offerts par le milieu communautaire destinés aux 	Calcul : nombre de membres de l'entourage ayant reçu de l'information écrite sur chacun des sujets cités dans la norme / nombre total de membres de l'entourage de personnes admises au PIPEP Source : Collecte manuelle des questionnaires du PIPEP.	100 % relativement à chacun des cinq sujets sur lesquels l'équipe de PIPEP doit fournir de l'information

OBJECTIFS DE QUALITÉ	NORMES	INDICATEURS	CALCULS ET SOURCES DE DONNÉES	OBJECTIFS DE PERFORMANCE
	communautaire destinés aux membres de l'entourage de personnes atteintes de troubles mentaux.	membres de l'entourage de personnes atteintes de troubles mentaux.		

3.12 Service de réinsertion professionnelle, de raccrochage scolaire et de maintien en emploi et aux études

OBJECTIFS DE QUALITÉ	NORMES	INDICATEURS	CALCULS ET SOURCES DE DONNÉES	OBJECTIFS DE PERFORMANCE
Assurer la réinsertion professionnelle et le raccrochage scolaire ainsi que le maintien en emploi et aux études	L'équipe de PIPEP oriente ses actions avec ses partenaires dans le but de prévenir la rupture de la scolarisation et de l'emploi des personnes admises au PIPEP.	L'équipe de PIPEP confirme qu'elle intègre un intervenant qui offre un service de maintien aux études et en emploi, qui a créé un partenariat avec les acteurs concernés du milieu.	Calcul : nombres de personnes suivies au PIPEP auxquelles l'équipe de PIPEP a offert les services de maintien aux études ou en emploi / nombre de personnes suivies au PIPEP qui sont aux études ou en emploi. Source : Collecte manuelle des questionnaires du PIPEP.	100 %
	L'équipe de PIPEP travaille avec ses partenaires du réseau à assurer l'accès aux études et à l'emploi aux personnes admises au PIPEP.	L'équipe de PIPEP confirme qu'elle intègre un intervenant qui offre un service de réinsertion professionnelle et de raccrochage scolaire, qui a créé un partenariat avec les acteurs concernés du milieu.	Calcul : nombres de personnes suivies au PIPEP auxquelles l'équipe de PIPEP a offert les services de réinsertion professionnelle ou de raccrochage scolaire / nombre de personnes suivies au PIPEP qui ne sont plus aux études ou qui sont sans emploi. Source : Collecte manuelle des questionnaires du PIPEP.	100 %

3.13 Lien vers les services appropriés à la fin de la période de soins

OBJECTIFS DE QUALITÉ	NORMES	INDICATEURS	CALCULS ET SOURCES DE DONNÉES	OBJECTIFS DE PERFORMANCE
Assurer un lien vers les services appropriés à la fin de la période de soins de l'épisode psychotique.	L'équipe de PIPEP planifie au moins trois mois à l'avance, avec la personne admise au PIPEP et les services appropriés ¹²⁰ , le transfert vers le service qui sera requis à la fin de la période de soins de l'épisode psychotique.	L'équipe de PIPEP confirme que la personne transférée est impliquée dans son plan de transfert au moins trois mois avant la date prévue du transfert.	Calcul : nombre de personnes à transférer et celles déjà transférées, impliquées dans leur plan de transfert au moins trois mois avant leur transfert effectif / nombre total de personnes à transférer dans les trois mois suivants + celles effectivement transférées Source : Collecte manuelle des questionnaires du PIPEP.	100 %
		L'équipe de PIPEP confirme que le service ciblé pour recevoir le transfert est impliqué dans le plan de transfert au moins trois mois avant la date prévue du transfert.	Calcul : nombre de personnes à transférer et celles déjà transférées, dont le service ciblé pour recevoir le transfert est impliqué dans le plan de transfert, trois mois avant le transfert effectif / nombre total de personnes à transférer dans les trois mois suivants + celles effectivement transférées Source : Collecte manuelle des questionnaires du PIPEP.	100 %
	L'équipe de PIPEP rédige un plan d'intervention de transfert détaillé qu'il fait connaître au service auquel il transfère la personne	L'équipe de PIPEP confirme qu'elle a rédigé un plan d'intervention de transfert détaillé de la personne à transférer, et ce, avant le	Calcul : nombre de plans d'intervention de transfert détaillés rédigés avant le transfert, durant l'année / nombre de personnes transférées durant l'année Source : Collecte manuelle des	100 %

¹²⁰ Le service est adapté aux besoins de la personne, en intensité de services, de manière à maintenir le même niveau de fonctionnement.

	dont la période de soins au PIPEP est terminée, et ce, avant le transfert de celle-ci.	transfert.	gestionnaires du PIPEP.	
		L'équipe de PIPEP confirme qu'elle a transmis un plan d'intervention de transfert détaillé au service auquel elle transfère la personne, et ce, avant le transfert.	Calcul : nombre de plans d'intervention de transfert détaillés transmis durant l'année aux services auxquels on transfère les personnes, avant leur transfert / nombre de personnes transférées durant l'année Source : Collecte manuelle des gestionnaires du PIPEP.	100 %

3.14 Continuité des soins

OBJECTIFS DE QUALITÉ	NORMES	INDICATEURS	CALCULS ET SOURCES DE DONNÉES	OBJECTIFS DE PERFORMANCE
Assurer la continuité des soins.	L'équipe de PIPEP recontacte une ou plusieurs fois la personne transférée ou le service qui doit recevoir celle-ci, jusqu'à ce qu'elle soit assurée de la continuité des soins.	L'équipe de PIPEP confirme qu'elle a reçu l'assurance, verbalement ou par écrit, que la personne transférée reçoit les soins de l'intervenant ou du service auquel celle-ci a été transférée.	Calcul : nombre de personnes transférées concernant lesquelles l'équipe de PIPEP a obtenu une confirmation, verbale ou écrite, qu'elles reçoivent les soins de l'intervenant ou du service auquel elles ont été transférées / nombre de personnes transférées Source : Collecte manuelle des gestionnaires du PIPEP.	100 %

3.15 Satisfaction de la clientèle

OBJECTIFS DE QUALITÉ	NORMES	INDICATEURS	CALCULS ET SOURCES DE DONNÉES	OBJECTIFS DE PERFORMANCE
Assurer la satisfaction des personnes admises au PIPEP.	Le PIPEP est centré sur la personne qui y est admise.	Enquête de satisfaction auprès des personnes admises au PIPEP	Enquête de satisfaction	À définir ¹²¹ selon l'outil de mesure utilisé; l'objectif est d'obtenir un taux de satisfaction élevé.
Assurer la satisfaction des personnes qui dirigent des usagers vers le PIPEP.	L'équipe de PIPEP tient compte de la satisfaction des personnes qui y dirigent des usagers.	Enquête de satisfaction auprès des personnes qui dirigent des usagers vers le PIPEP	Enquête de satisfaction	À définir ¹²² selon l'outil de mesure utilisé; l'objectif est d'obtenir un taux de satisfaction élevé.
Assurer la satisfaction des membres de l'entourage des personnes admises au PIPEP.	L'équipe de PIPEP s'assure de la satisfaction des membres de l'entourage des personnes qui y sont admises.	Enquête de satisfaction auprès des membres de l'entourage des personnes admises au PIPEP	Enquête de satisfaction	À définir ¹²³ selon l'outil de mesure utilisé; l'objectif est d'obtenir un taux de satisfaction élevé.

¹²¹ Pourra être élaboré ultérieurement, en fonction du mandat que confiera le MSSS au comité de coordination (voir le point 5).

¹²² *Ibid.*

¹²³ *Ibid.*

4 ÉVALUATION – UTILISATION DES INDICATEURS DE PERFORMANCE

Un rapport annuel est produit à partir des résultats des indicateurs proposés. Le rapport est produit le 30 juin de chaque année et inclut les activités réalisées du 1^{er} avril au 31 mars. Le rapport vise :

- le suivi des indicateurs de performance, ce qui permet de faire des rajustements et de prendre des décisions pour améliorer le PIPEP;
- la transmission de l'information à tous les intervenants visés;
- la révision de la liste des indicateurs et des objectifs afin de mettre à jour le cadre de référence des PIPEP.

5 RESPONSABILITÉS RELATIVES À LA RÉALISATION DES PIPEP

5.1 Responsabilités à l'échelle nationale

5.1.1 Responsable des PIPEP au MSSS

- Le directeur national de la Direction de la santé mentale du MSSS est mandaté par le directeur général des Services de santé et de médecine universitaire à titre de gestionnaire responsable des PIPEP au MSSS.
- Il est responsable d'adopter et de diffuser les grandes orientations de ces programmes par la publication et la mise à jour du cadre de référence des PIPEP.
- Il est responsable de suivre globalement la mise en place et le fonctionnement des PIPEP.
- Il est responsable de nommer un établissement responsable de la centralisation des données des PIPEP. Cet établissement doit abriter un centre de recherche reconnu en santé mentale, une unité d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé (UETMIS) et doit avoir mis en place un PIPEP.
- Il est responsable de constituer un comité de coordination, de décider de la gouvernance de ce comité, d'en désigner les membres et d'en définir le mandat.

5.1.2 Responsabilité du CNESM

- Le CNESM est responsable du soutien à la mise en œuvre des bonnes pratiques dans les établissements responsables d'offrir des soins et des services de santé mentale aux personnes qui vivent un premier épisode psychotique et à celles à risque accru de psychose.
- Le CNESM est responsable du soutien à la mise en œuvre du cadre de référence des PIPEP dans les établissements responsables d'offrir des soins et des services de santé mentale.
- Le CNESM est responsable d'évaluer la fidélité au cadre de référence des PIPEP.

- Le CNESM est responsable d'évaluer la fidélité aux bonnes pratiques en matière de soins et de services offerts aux personnes qui vivent un premier épisode psychotique et à celles à risque accru de psychose.

5.1.3 Établissement responsable de la centralisation des données des PIPEP

- L'établissement désigné est responsable de concevoir et de maintenir le système d'information.
- L'établissement désigné est responsable d'héberger la base de données des PIPEP.
- L'établissement désigné doit soutenir le réseau concernant toute question relative au système d'information ou toute autre activité relevant de sa responsabilité.

5.2 Responsabilité locale

5.2.1 Établissements offrant un PIPEP

Chaque établissement responsable d'offrir des soins et des services de santé mentale est responsable de la mise en place de son PIPEP.

Ces établissements ont les responsabilités suivantes :

- Veiller à ce que les activités relevant de leur responsabilité respectent le présent cadre de référence.
- Produire un rapport annuel des activités de leur PIPEP respectif et le déposer auprès de l'établissement responsable de la centralisation des données des PIPEP, en date du 31 mars de chaque année.

Bibliographie

ABDEL-BAKI, A. et autres. « Symptomatic and functional outcomes of substance use disorder persistence 2 years after admission to a first-episode psychosis program », *Psychiatry Research*, n° 247, 2017, p. 113–119.

ADDINGTON, D. E., et autres. « Development and Testing of the First-Episode Psychosis Services Fidelity Scale », *Psychiatric Services*, vol. 67, n° 9, septembre 2016, p. 1023-1025.

ALBERT, N. et autres. « 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*, vol. 356:i6681, 2017, p. 1-14.

BERLOTTE, J. et autres. « Early intervention and recovery for young people with early psychosis: consensus », *British Journal of Psychiatry*, vol. 187, n° 48, 2005, p. s116-s119.

BIRCHWOOD, M. « Early intervention in psychosis services: the next generation », *Early Intervention in Psychiatry*, vol. 8, n° 1, 2014, p. 1–2.

INSTITUT CANADIEN D'INFORMATION SUR LA SANTÉ. BDSMMH Services de santé mentale en milieu hospitalier au Canada : tableaux supplémentaires, 16 août 2017.

CHENG, C. et autres. « Rural and remote early psychosis intervention services: the Gordian knot of early intervention », *Early Intervention in Psychiatry*, vol. 8, n° 4, 2014, p. 396–405.

DOYLE, R. et autres. « First-Episode Psychosis and Disengagement From Treatment: A Systematic Review », *Psychiatric Services*, vol. 65, n° 5, 2014, p. 603-611.

ELROD, J. K. et J. L. FORTENBERRY Jr. « The hub-and-spoke organization design: an avenue for serving patients well », *BMC Health Services Research* 2017, vol. 17, supplément 1, p. 457.

GILBERT, M. et O. Jackson. *Proposition de guide à l'implantation des équipes de premier épisode psychotique*, Centre national d'excellence en santé mental, 2014.

HÉBERT, R. et autres. « L'intégration des services : les fruits de la recherche pour nourrir l'action », *PRISMA*, vol. 2, 2007, p. 1-582.

JOHN, A. P. et autres. « Prevalence of metabolic syndrome among Australians with severe mental illness », *The Medical Journal of Australia*, vol. 190, n° 4, 16 février 2009, p. 176–179.

KIRKBRIDE, J. B. et autres. « The Epidemiology of First-Episode Psychosis in Early Intervention in Psychosis Services: Findings From the Social Epidemiology of Psychoses », *East Anglia [SEPEA] Study*, vol. 174, n° 2, 2017, p. 143-153.

QUÉBEC. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Les lignes directrices pour l'implantation de mesures de soutien dans la communauté en santé mentale*, Gouvernement du Québec [En ligne], 2002, p. 1-28, <http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2002/02-844-03.pdf>

QUÉBEC. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Plan d'action en santé mentale 2015-2020 – Faire ensemble et autrement*, Gouvernement du Québec [En ligne], 2015, p. 1-92, <http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2015/15-914-04W.pdf>

ONTARIO. MINISTRY OF HEALTH AND LONG-TERM CARE. *Normes du Programme d'intervention précoce dans le traitement de la psychose – Ontario*, [En ligne], 2011, p. 31. http://www.health.gov.on.ca/english/providers/pub/mental/epi_program_standards.pdf

MITCHELL, A. J. et autres. « Prevalence of metabolic syndrome and metabolic abnormalities in schizophrenia and related disorders – A systematic review and meta-analysis », *Schizophrenia Bulletin*, vol. 39, n° 2, mars 2013, p. 306–318.

MORGAN, V. A. et autres. « People living with psychotic illness in 2010: The second Australian national survey of psychosis », *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, vol. 46, n° 8, p. 735–752.

ROYAUME UNI. NATIONAL INSTITUTE FOR HEALTH AND CARE EXCELLENCE. *Clinical Guideline 178 – Psychosis and schizophrenia in adults: prevention and management*, [En ligne], 2014, p. 1-58, <https://www.nice.org.uk/guidance/cg178>

ROYAUME UNI. NATIONAL INSTITUTE FOR HEALTH AND CARE EXCELLENCE. *Clinical guideline 155 – Psychosis and schizophrenia in children and young people: recognition and management*, [En ligne], 2013, dernière mise à jour octobre 2016, <https://www.nice.org.uk/guidance/cg155>

NOLIN, M. et autres. « Early Intervention for Psychosis in Canada: What Is the State of Affairs?/Intervention précoce pour la psychose au Canada : Quel est l'état de la situation? », *The Canadian Journal of Psychiatry/La Revue Canadienne de Psychiatrie*, vol. 61, n° 3, 2016, p. 186-194.

ORYGEN, THE NATIONAL CENTRE OF EXCELLENCE IN YOUTH MENTAL HEALTH. *Australian clinical guidelines for early psychosis*, 2^e édition, mise à jour juin 2016, p. 1-133.

PELAYO-TERÁN, J. M. et autres. « Rates and predictors of relapse in first-episode non-affective psychosis: a 3-year longitudinal study in a specialized intervention program

(PAFIP) », *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, vol. 267, n° 4, 2016, p. 315-323.

PENTTILÄ, M. et autres. « Duration of untreated psychosis as predictor of long-term outcome in schizophrenia: systematic review and meta-analysis », *The British Journal of Psychiatry*, n° 205, 2014, p. 88-94.

PERÄLÄ, J. et autres. « Lifetime Prevalence of Psychotic and Bipolar I Disorders in a General Population », *Archives of General Psychiatry*, vol. 64, n° 1, 2007, p. 19-28.

SHAH, J. L. et autres. « Is the Clinical High-Risk State a Valid Concept? Retrospective Examination in a First-Episode Psychosis Sample », *Psychiatric Services in Advance*, [En ligne], 2017, <https://doi.org/10.1176/appi.ps.201600304>.

VALMAGGIA, L. R. et autres, « Economic impact of early intervention in people at high risk of psychosis », *Psychological Medicine*, vol. 39, n° 10, 2009, p. 1617-1626.

ZIPURSKY, R. B. et autres. « Risk of symptom recurrence with medication discontinuation in first-episode psychosis: A systematic review », *Schizophrenia Research*, vol. 152, n° 2-3, 2014, p. 408-414.