

PROGRAMMES POUR PREMIERS ÉPISODES PSYCHOTIQUES

CADRE DE RÉFÉRENCE



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, 2022

ISBN : 978-2-550-91573-7 (version PDF)

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.

© Gouvernement du Québec, 2022

**DIRECTEUR GÉNÉRAL ADJOINT DES SERVICES DE SANTÉ MENTALE,
DÉPENDANCE ET ITINÉRANCE**

Tung Tran

**DIRECTEUR NATIONAL DES SERVICES DE SANTÉ MENTALE ET DE PSYCHIATRIE
LÉGALE**

Docteur Pierre Bleau

DIRECTRICE DES SERVICES DE SANTÉ MENTALE ET DE PSYCHIATRIE LÉGALE

Sandra Bellemare TS

COORDINATION ET RÉDACTION

Emmanuelle Seery

COMITÉ DE LECTURE

Docteure Amal Abdel-Baki

Madame Geneviève Gagné

Madame Amélie Leboeuf

Docteure Sophie L'Heureux

Madame Caroline Morin

Docteur David Olivier

Docteur Marc-André Roy

Docteure Marie Villeneuve

RÉVISION LINGUISTIQUE

Marie-France LeBlanc

REMERCIEMENTS

La Direction des services en santé mentale et en psychiatrie légale du ministère de la Santé et des Services sociaux tient tout particulièrement à remercier les membres de la direction qui ont contribué à l'élaboration du *Cadre de référence : programmes pour premiers épisodes psychotiques*, 2^e édition.

La Direction des services en santé mentale et en psychiatrie légale tient également à remercier toutes les personnes qui ont, de près ou de loin, soutenu son équipe dans ses travaux.

Table des matières

Liste des sigles	vi
Introduction.....	1
1 Objectifs et principes directeurs	4
1.1 Objectifs organisationnels et cliniques.....	4
1.2 Principes directeurs.....	5
2 Modalités organisationnelles d'un PPEP.....	7
2.1 Population visée	7
2.2 Modalités d'accès	10
2.3 Composition de l'équipe du PPEP	12
2.3.1 Requis d'équivalents temps complet (ETC) pour 100 000 habitants.....	12
2.3.2 Structure des programmes	14
2.3.3 Types d'intervenants requis	15
2.3.4 Disponibilité de l'équipe du PPEP	18
2.4 Durée de suivi au PPEP.....	19
3 Modalités cliniques d'un PPEP	20
3.1 Suivi de type <i>case management</i> et approches privilégiées.....	20
3.2 Intervention intensive de proximité	22
3.3 Sensibilisation, information et lutte contre la stigmatisation	23
3.4 Démarchage (<i>outreach</i>).....	23
3.5 Évaluation biopsychosociale	24
3.6 Traitement pharmacologique	24
3.7 Interventions intégrant des techniques issues de l'approche cognitivo-comportementale.....	25
3.8 Interventions concernant la santé physique.....	26
3.9 Interventions pour les troubles mentaux coexistants.....	26
3.10 Interventions visant la réinsertion professionnelle et scolaire (ou le maintien en emploi et aux études)	27
3.11 Interventions de groupe.....	28
3.12 Soutien à la famille et à l'entourage	28
3.13 Continuité des soins : de l'entrée à la fin du suivi.....	29
4 Processus cliniques au PPEP	31
5 Soutien aux intervenants d'un PPEP.....	31
6 Suivi du fonctionnement et de la performance	33

Annexe : organisation des services dans les régions où le PPEP est intégré dans une autre équipe en santé mentale	38
Liste de références	40
Glossaire	49

Liste des sigles

Sigle	Définition
CISSS	Centre intégré de santé et de services sociaux
CIUSSS	Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux
DI	Déficience intellectuelle
ESSS	Établissement de santé et de services sociaux
ETC	Équivalent temps complet
GMF	Groupe de médecine de famille
MSSS	Ministère de la Santé et des Services sociaux
PAISM	<i>Plan d'action interministériel en santé mentale 2022-2026 : s'unir pour un mieux-être collectif</i>
PASM	<i>Plan d'action en santé mentale 2015-2020 : faire ensemble et autrement</i>
PEP	Premier épisode psychotique
PIPEP	Programme d'interventions pour premiers épisodes psychotiques
PPEP	Programme pour premiers épisodes psychotiques
RSSS	Réseau de la santé et des services sociaux
SIF/FACT	Suivi d'intensité flexible (<i>Flexible Assertive Community Treatment</i>)
SIM	Suivi intensif dans le milieu
SIV	Soutien d'intensité variable
TSA	Trouble du spectre de l'autisme

Introduction

On estime que 3,5 % de la population présentera une psychose d'une nature ou d'une autre au cours de sa vie¹. Dans la majorité des cas, le premier épisode psychotique (PEP) est la manifestation de la schizophrénie ou d'un autre trouble psychotique non affectif. On estime que le pronostic à long terme de ces pathologies est intimement lié à la durée de la psychose non traitée, à la réduction des symptômes de la psychose, au maintien du traitement et à l'amélioration du fonctionnement durant la période critique des deux à cinq premières années². Plus l'évolution de la psychose est freinée précocement par le traitement et les interventions, meilleur sera le pronostic³. Plus l'engagement de la personne à s'impliquer dans son suivi sera soutenu, moins les rechutes risquent d'être rapides et fréquentes⁴, et moins les atteintes cognitives et sociales qui en résulteront seront importantes à court et à 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 suivi.

La psychose, soit l'altération du contact avec la réalité, est définie par des anomalies dans au moins un des cinq domaines suivants : idées délirantes, hallucinations, discours désorganisé, comportement grossièrement désorganisé ou catatonique et symptômes négatifs⁵. La psychose représente un trouble mental grave qui modifie le fonctionnement quotidien et qui entraîne une détresse importante pour la personne et son entourage. La psychose compte pour 37 % des jours d'hospitalisation en psychiatrie au Canada⁶. La psychose peut prendre plusieurs formes. 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 avec composante psychotique, trouble dépressif majeur avec composante psychotique), le trouble psychotique induit par

¹ Perälä *et al.* (2007). Lifetime prevalence of psychotic and bipolar I disorders in a general population. *Archives of General Psychiatry*, 64(1), 19-28.

² Santesteban-Echarria *et al.* (2017). Predictors of functional recovery in first-episode psychosis: A systematic review and meta-analysis of longitudinal studies. *Clinical Psychology Review*, 58, 59-75.

³ Penttilä *et al.* (2014). Duration of untreated psychosis as predictor of long-term outcome in schizophrenia: Systematic review and meta-analysis. *The British Journal of Psychiatry*, 205(2), 88-94.

⁴ Pelayo-Terán *et al.* (2017). 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*, 267(4), 315-323.

⁵ American Psychiatric Association. (2015). Spectre de la schizophrénie et autres troubles psychotiques. Dans *DSM-5 : manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux* (5^e éd., p. 109-155). Elsevier Masson.

⁶ Source du calcul : Institut canadien d'information sur la santé. *Hospitalisations en raison de problèmes de santé mentale et de toxicomanie au Canada, 2018-2019*. Récupéré le 2 septembre 2021 de <https://www.cihi.ca/fr/hospitalisations-en-raison-de-problemes-de-sante-mentale-et-de-toxicomanie-au-canada-2019-2020>

une substance (prévalence à vie de 0,43 %) et le trouble psychotique dû à une autre affection médicale⁷.

La psychose se présente pendant une période charnière du développement identitaire et psychosocial. Elle débute le plus souvent entre 15 et 25 ans, et environ 15 % des psychoses débutent avant l'âge de 18 ans⁸. La psychose est souvent précédée d'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) et parfois des symptômes psychotiques atténués ou transitoires. Plus la période entre les premiers symptômes de psychose et le début du traitement est courte, meilleur est le pronostic⁹. La grande majorité des personnes qui vivent un PEP connaîtront une rémission de leurs symptômes psychotiques au cours de l'année qui suit le début du traitement¹⁰. Toutefois, dans un contexte traditionnel de services psychiatriques, environ 30 % des usagers abandonnent prématurément leur traitement¹¹. Il en résulte de nombreuses conséquences importantes telles qu'un pronostic assombri, une plus grande résistance au traitement, des hospitalisations plus fréquentes, des projets d'études et de carrière interrompus, le tout contribuant à un appauvrissement du réseau social, à une détérioration des conditions socioéconomiques, à un risque d'itinérance et de suicide plus élevé¹², etc. Le taux de rechute suivant l'interruption de la médication est extrêmement élevé, soit de 77 % à un an et de 90 % à deux ans¹³. La durée de la première rémission est elle aussi directement associée à l'engagement de la personne présentant une psychose à s'impliquer activement dans son traitement¹⁴.

Depuis plusieurs années, les données probantes appuient la mise en place d'équipes interdisciplinaires permettant la détection et l'intervention précoce pour les jeunes présentant un PEP^{15,16}, ce type de service étant reconnu pour avoir un coût-

⁷ Perälä *et al.* (2007). *Op. cit.*

⁸ Solmi *et al.* (2021). Age at onset of mental disorders worldwide: Large-scale meta-analysis of 192 epidemiological studies. *Molecular Psychiatry*.

⁹ Birchwood, M. (2014). Early intervention in psychosis services: The next generation. *Early Intervention in Psychiatry*, 8(1), 1-2.

¹⁰ Lally *et al.* (2017). Remission and recovery from first-episode psychosis in adults: Systematic review and meta-analysis of long-term outcome studies. *The British Journal of Psychiatry*, 211(6), 350-358.

¹¹ O'Brien *et al.* (2009). Disengagement from mental health services: A literature review. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 44(7), 558-568.

¹² Kurdyak *et al.* (2021). Mortality after the first diagnosis of schizophrenia-spectrum disorders: A population-based retrospective cohort study. *Schizophrenia Bulletin*, 47(3), 864-874.

¹³ Zipursky *et al.* (2014). Risk of symptom recurrence with medication discontinuation in first-episode psychosis: A systematic review. *Schizophrenia Research*, 152(2-3), 408-414.

¹⁴ Pelayo-Terán *et al.* (2017). *Op. cit.*

¹⁵ Bertolote et Mcgorry. (2005). Early intervention and recovery for young people with early psychosis: Consensus statement. *The British Journal of Psychiatry*, 187(s48), s116-s119.

¹⁶ Correll *et al.* (2018). Comparison of early intervention services vs treatment as usual for early-phase psychosis. *JAMA Psychiatry*, 75(6), 555-565.

avantage profitable socialement et économiquement¹⁷. Lors de la parution du *Plan d'action en santé mentale 2015-2020 : faire ensemble et autrement* (PASM), le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) a établi que chaque établissement de santé et de services sociaux (ESSS) responsable d'offrir des soins et des services en santé mentale rendrait un programme pour premiers épisodes psychotiques (PPEP) accessible, en respectant les normes soutenues par les données probantes. Le MSSS a également démontré sa volonté de mettre en place les PPEP par l'élaboration du *Cadre de référence : programmes d'interventions pour premiers épisodes psychotiques (PIPEP)* en 2017 et l'embauche d'un conseiller aux établissements volet PEP depuis l'année financière 2017-2018. Cette volonté de développer les PPEP a été renouvelée dans le *Plan d'action interministériel en santé mentale 2022-2026 : s'unir pour un mieux-être collectif* (PAISM).

Bien que plusieurs équipes aient été mises en place au Québec, les régions et les ESSS responsables d'offrir des services spécialisés n'ont pas encore tous leurs équipes interdisciplinaires chargées des interventions pour les PEP. L'offre de services diffère aussi d'une équipe à l'autre¹⁸, même si des progrès notables ont été constatés depuis la mise en place du premier cadre de référence pour les programmes d'interventions pour premiers épisodes psychotiques (PIPEP)^{19, 20}.

Pour la révision de ce cadre de référence, une revue de la littérature récente a été effectuée. Des consultations ont également eu lieu auprès des gestionnaires et chefs d'équipe des PPEP actifs au Québec ainsi qu'auprès de chercheurs dans le domaine de l'intervention précoce chez les jeunes psychotiques. Ces démarches avaient pour but d'assurer la cohérence du cadre de référence avec les données probantes actuelles et la réalité clinique du réseau de la santé et des services sociaux (RSSS) au Québec. S'inscrivant en cohérence et en continuité avec le premier, ce second cadre de référence vise à ce que l'offre de services soit plus homogène d'un ESSS à un autre, tout en s'adaptant aux particularités de la région servie, d'un point de vue tant culturel que géographique. Il guide les gestionnaires et les cliniciens dans la mise en place d'un PPEP s'appuyant sur les données probantes en précisant les paramètres organisationnels et les services essentiels à offrir. Afin d'assurer la qualité des PPEP, ce cadre intègre aussi des indicateurs de fonctionnement et de performance des équipes.

¹⁷ Aceituno *et al.* (2019). Cost-effectiveness of early intervention in psychosis: Systematic review. *The British Journal of Psychiatry*, 215(1), 388-394.

¹⁸ Nolin *et al.* (2016). Early intervention for psychosis in Canada: What is the state of affairs?. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 61(3), 186-194.

¹⁹ Bertulies-Esposito *et al.* (2020). Où en sommes-nous? An overview of successes and challenges after 30 years of early intervention services for psychosis in Quebec. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 65(8), 536-547.

²⁰ Bertulies-Esposito *et al.* (2022). The impact of policy changes, dedicated funding and implementation support on early intervention programs for psychosis. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 1-13.

1 Objectifs et principes directeurs

1.1 Objectifs organisationnels et cliniques

Les objectifs organisationnels réfèrent aux résultats désirés dans une organisation. Par conséquent, les ESSS responsables d'offrir des services pour les PEP devraient viser l'atteinte des objectifs suivants :

- **Permettre rapidement et facilement l'accès, au sein du RSSS, à des services spécialisés** pour les PEP afin que tous les jeunes qui vivent un PEP y soient dirigés, dès leur premier contact avec l'ESSS. Pour y arriver, l'ESSS doit :
 - Avoir un PPEP clairement défini et s'assurer qu'un nombre suffisant d'intervenants et de psychiatres y sont affectés;
 - Assurer la détection des personnes qui vivent un PEP et des personnes à risque accru de psychose;
 - Assurer un accès rapide aux services d'intervention précoce de son équipe du PPEP, laquelle doit être facile à joindre.

- **Organiser des soins et des services spécialisés** pour tous les jeunes présentant un PEP. Pour y arriver, l'ESSS doit :
 - Établir une 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 afin d'offrir une continuité de services pour les jeunes admis au PPEP avant 18 ans;
 - Intégrer les services et le savoir-faire requis dans une même équipe interdisciplinaire qui travaille dans la communauté, à proximité du jeune et de ses proches;
 - Mettre en place une structure de soins basée sur les données probantes concernant les mécanismes d'orientation, la demande de consultation, le délai de réponse, la composition des équipes, les approches et les modalités de service.

- **Assurer un suivi de qualité, efficace et efficient.** Pour y arriver, l'ESSS doit :
 - Assurer le suivi du fonctionnement et de la performance de son PPEP;
 - Permettre l'accès à ces données au MSSS afin qu'il assure le suivi des paramètres et l'atteinte des objectifs;
 - Collaborer au processus d'homologation des équipes des PPEP par le MSSS.

Les objectifs cliniques d'un PPEP, quant à eux, sont de :

- Diminuer la durée de psychose non traitée.
- Réduire au minimum l'impact de la psychose afin de permettre :
 - Un retour à la trajectoire développementale normale du jeune;
 - Un rétablissement optimal et soutenu dans le temps.

1.2 Principes directeurs

En accord avec les écrits de la communauté scientifique internationale précédemment cités et avec le PAISM, les principes directeurs d'un PPEP sont :

- Assurer la primauté de la personne.

Les services du PPEP sont centrés sur la personne et son entourage. Ils sont adaptés à l'âge, à l'identité de genre, à l'identité sexuelle, à la culture et à l'ethnicité de chaque personne. Les services sont *youth-friendly*, c'est-à-dire qu'ils sont adaptés à l'âge développemental et aux besoins spécifiques de la personne, respectueux et accueillants, tant en termes de lieux physiques qu'en termes d'approches ou d'activités proposées. Les approches les moins intrusives et restreignantes sont privilégiées.

- Faire participer les proches.

Le PPEP vise également l'implication de la famille et de l'entourage. Cela est fait dans le respect des décisions de l'utilisateur et des principes de confidentialité. Le jeune est informé des avantages de cette implication et est encouragé en ce sens.

- Soutenir l'engagement dans les services.

L'adoption de stratégies innovantes et appropriées est nécessaire pour soutenir l'engagement des jeunes à toutes les étapes de la prestation de services (admission, suivi, transfert). Des services flexibles, adaptés aux forces de la personne et promouvant la prise de décision partagée pour renforcer son implication, sont à mettre en place. Étant donné que le jeune et sa famille sont des partenaires essentiels du suivi, le développement de l'alliance thérapeutique et de l'engagement dans les soins devrait être vu comme l'objectif premier des intervenants des PPEP.

- Intégrer le traitement médical et les interventions psychosociales.

Les soins et les services sont offerts par une équipe interdisciplinaire qui intègre l'ensemble des besoins biopsychosociaux du jeune dans le suivi thérapeutique. En s'appuyant sur le modèle vulnérabilité-stress-compétence²¹, le traitement pharmacologique et le suivi psychosocial sont intégrés dans le même plan d'intervention afin qu'il y ait développement des facteurs de protection contribuant au rétablissement.

- Soutenir le rétablissement.

Les services vont au-delà de la réduction des symptômes et visent le développement d'un sens et d'un but dans la vie de la personne malgré les effets de la maladie. Les intervenants des PPEP soutiennent le rétablissement par l'utilisation de moyens proactifs de promotion du bien-être ainsi que par la valorisation de la reprise (ou du maintien) de la scolarisation et de l'emploi²². Ils mettent l'accent sur le pouvoir d'agir (*empowerment*) de la personne, dans une culture d'espoir et avec une vision positive de l'avenir.

- Sensibiliser la population à la psychose.

La sensibilisation de la population générale et de tous les intervenants susceptibles d'intervenir auprès des jeunes permet la détection des signes et des symptômes afin de diminuer la durée de psychose non traitée et, par conséquent, d'offrir de meilleures chances de rétablissement. La sensibilisation de la population permet aussi la réduction de la stigmatisation concernant la psychose et, de ce fait, une meilleure intégration sociale de la personne qui la présente. L'équipe s'engage dans la communauté pour réduire les mythes reliés aux troubles mentaux et à la psychose ainsi que pour maximiser les chances de partenariat pour permettre aux jeunes suivis au PPEP d'avoir accès à des activités dans des milieux normalisants capables de les accueillir. L'équipe mise également sur la défense des droits et des intérêts (*advocacy*) de la personne afin de lui éviter la discrimination dont elle peut être victime.

- Offrir des services basés sur les données probantes avec efficience et efficacité.

Le PPEP offre des soins et services, s'appuyant sur les données probantes, qui sont évalués régulièrement afin que les composantes clés soient en place. Les

²¹ Paquette Houde *et al.* (2018). *Guide de pratique pour le traitement cognitif-comportemental des troubles psychotiques* (1^{re} éd.). Jean Goulet – tccmontreal.

https://tccmontreal.files.wordpress.com/2018/10/guidetccp_16-final-22-10-2018-version-isbn.pdf

²² Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2017a). *La mise en place et le maintien de pratiques axées sur le rétablissement : guide d'accompagnement*. Gouvernement du Québec.

<https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2017/17-914-03W.pdf>

intervenants de l'équipe interdisciplinaire ont accès, de façon régulière et continue, à différents outils (soutien clinique, formation continue, occasions d'échanges, etc.) leur permettant de développer et de maintenir leur expertise, et ainsi d'offrir des services de qualité en intervention précoce.

2 Modalités organisationnelles d'un PPEP

2.1 Population visée

Le PPEP s'adresse 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 qui ont été traitées pour une ou des périodes totalisant moins de 12 mois de suivi. Le PPEP est offert pour le PEP. Comme il est difficile de spécifier le type exact de psychose au début de l'épisode psychotique, il est recommandé d'inclure tous les types de psychoses, à l'exception du trouble psychotique dû à une autre affection médicale. Les jeunes qui reçoivent un diagnostic de trouble psychotique induit par une substance doivent être admis au PPEP, puisque, même si plusieurs verront leurs symptômes se résorber complètement avec l'abstinence, de nombreuses études montrent que la grande majorité aura un diagnostic de trouble psychotique primaire par la suite²³.

Il n'y a pas de critères d'exclusion concernant les diagnostics associés. Toutefois, il importe toujours de se demander si la personne peut bénéficier des soins et services du PPEP malgré les diagnostics associés ou si la personne serait mieux servie par un autre programme. Par exemple, la déficience intellectuelle (DI) et le trouble du spectre de l'autisme (TSA) ne sont pas des critères d'exclusion. Cependant, dans le cas des jeunes présentant une DI ou un TSA **dont le niveau d'atteinte ne permettrait pas l'accès aux services spécifiques du PPEP**, il serait alors important que les équipes des programmes interdisciplinaires spécialisés en DI-TSA poursuivent le suivi auprès de ces jeunes, puisque ces programmes répondent souvent mieux à leurs besoins. Toutefois, il est recommandé de mettre en place une collaboration entre les programmes DI-TSA et les PPEP, ces derniers permettant l'évaluation des jeunes présentant des symptômes psychotiques et l'offre de soutien aux équipes DI-TSA.

Les jeunes admis au PPEP doivent pouvoir s'identifier aux autres jeunes qui, comme eux, vivent un PEP et sont aux mêmes étapes de leur développement. Le PPEP doit ainsi continuer de s'adresser spécifiquement aux personnes de 12 à 35 ans, et l'équipe doit maintenir ou développer ses compétences à travailler en tenant compte des problèmes associés à l'adolescence et à l'entrée dans la vie adulte. Par conséquent, pour toutes les demandes orientées vers le PPEP qui ne répondent pas aux critères mentionnés précédemment, l'équipe dirigera généralement la personne vers un autre

²³ Alderson *et al.* (2017). Risk of transition to schizophrenia following first admission with substance-induced psychotic disorder: A population-based longitudinal cohort study. *Psychological Medicine*, 47(14), 2548-2555.

service plus approprié. Toutefois, s'il le juge cliniquement pertinent, qu'il a les ressources nécessaires et que le tout est en accord avec les autres ressources en santé mentale, un ESSS pourrait choisir d'intégrer exceptionnellement dans son PPEP une personne présentant des symptômes psychotiques qui ne répond pas exactement aux critères d'inclusion, mais qui présente un potentiel de réponse au PPEP.

Par ailleurs, au cours des dernières années, dans une volonté de réduire au maximum la durée de psychose non traitée, plusieurs études ont été réalisées sur la détection des personnes à risque accru de psychose et les effets des interventions spécifiques pour ces personnes^{24, 25}.

Selon le National Institute for Health and Care Excellence²⁶, une personne est considérée comme à risque accru de psychose si elle présente une détresse, un déclin de son fonctionnement social et l'une ou l'autre de ces situations :

- Elle présente des symptômes psychotiques transitoires ou atténués;
- Elle présente d'autres comportements qui laissent suspecter une possible psychose;
- Un de ses parents du premier degré présente une psychose ou une schizophrénie.

Selon une étude récente, le risque de transition vers un trouble psychotique chez les personnes à risque accru de psychose est de 25 % après trois ans²⁷, les femmes étant moins à risque de transition que les hommes. C'est donc dire que la grande majorité des personnes suivies dans les cliniques d'intervention pour jeunes présentant un risque accru ne présenteront pas de trouble psychotique. Toutefois, leur risque de présenter une autre problématique de santé mentale, principalement un trouble dépressif ou anxieux, est très élevé²⁸. De plus, les études démontrent que les jeunes présentant un risque accru de psychose éprouvent des difficultés importantes à bien fonctionner dans la vie de tous les jours²⁹. Ces personnes

²⁴ Shah *et al.* (2017). Is the clinical high-risk state a valid concept? Retrospective examination in a first-episode psychosis sample. *Psychiatric Services*, 68(10), 1046-1052.

²⁵ Fusar-Poli *et al.* (2020). Outreach and support in South-London (OASIS) 2001-2020: Twenty years of early detection, prognosis and preventive care for young people at risk of psychosis. *European Neuropsychopharmacology*, 39, 111-122.

²⁶ National Institute for Health and Care Excellence. (2014, 1^{er} mars). *Psychosis and schizophrenia in adults: Prevention and management*. <https://www.nice.org.uk/guidance/cg178>

²⁷ Salazar de Pablo *et al.* (2021). Probability of transition to psychosis in individuals at clinical high risk: An updated meta-analysis. *JAMA Psychiatry*, 78(9), 970-978.

²⁸ Fusar-Poli *et al.* (2014). Comorbid depressive and anxiety disorders in 509 individuals with an at-risk mental state: Impact on psychopathology and transition to psychosis. *Schizophrenia Bulletin*, 40(1), 120-131.

²⁹ Fusar-Poli *et al.* (2015). Disorder, not just state of risk: Meta-analysis of functioning and quality of life in people at high risk of psychosis. *The British Journal of Psychiatry*, 207(3), 198-206.

présentent donc un trouble mental aux symptômes non spécifiques et instables qui ne permettent que rarement la catégorisation précise du diagnostic. Cela soulève l'intérêt de considérer la personne de manière plus globale, soit comme étant à *risque accru de troubles mentaux*^{30,31}. Dans une optique de santé publique, il apparaît pertinent d'offrir des suivis à ces jeunes selon une approche soutenant la reprise d'espoir et de pouvoir sur leur vie³². Présenter un risque accru de psychose reste un facteur de risque important de présenter une psychose, mais ne devrait pas systématiquement indiquer la pertinence d'un suivi dans les PPEP.

L'offre de services pour les jeunes présentant un risque accru de psychose diffère de celle pour les jeunes présentant un PEP, tant par rapport à l'approche d'intervention que par rapport à l'intensité et à la durée de suivi³³. De plus, aucune intervention n'a démontré de supériorité sur les autres pour prévenir la transition vers la psychose^{34,35,36}. Pour ces raisons, actuellement, les équipes des PPEP n'ont pas à assurer le suivi de l'ensemble des jeunes à risque accru de psychose. Ces suivis pourraient être réalisés par des équipes plus généralistes qui resteraient à l'affût des différents besoins des jeunes et qui pourraient diriger les jeunes vers les PPEP s'il y a une transition vers la psychose, ou pour obtenir une deuxième opinion en cas de doute. Les différentes équipes offrant des services en santé mentale aux jeunes et aux adultes (services spécifiques et spécialisés) pourraient donc recevoir ces jeunes en situation de vulnérabilité afin de leur offrir le suivi dont ils ont besoin. Les sites Aire ouverte pourraient également être mis à contribution pour repérer les jeunes qui ne se présentent pas dans le RSSS par les mécanismes d'accès habituels. Une collaboration étroite entre ces différentes équipes et les équipes des PPEP serait nécessaire afin d'assurer une détection rapide et un suivi efficace de ces jeunes.

Étant donné la complexité clinique des jeunes à risque accru et la nécessité de réduire au minimum la durée de psychose non traitée, les équipes des PPEP devraient s'assurer de rencontrer les jeunes présentant un risque accru de psychose dirigés vers elles par un partenaire afin d'assurer une bonne évaluation diagnostique. En effet, un certain pourcentage des jeunes qui consultent avec un risque accru de psychose répondent aux critères diagnostiques de la psychose lorsqu'ils sont évalués

³⁰ McGorry *et al.* (2018). Beyond the "at risk mental state" concept: Transitioning to transdiagnostic psychiatry. *World Psychiatry*, 17(2), 133-142.

³¹ Lee *et al.* (2018). Can we predict psychosis outside the clinical high-risk state? A systematic review of non-psychotic risk syndromes for mental disorders. *Schizophrenia Bulletin*, 44(2), 276-285.

³² Van Os et Guloksuz. (2017). A critique of the "ultra-high risk" and "transition" paradigm. *World Psychiatry*, 16(2), 200-206.

³³ Stavely *et al.* (2013). *EPPIC model and service implementation guide*. Orygen, The National Centre of Excellence in Youth Mental Health.

³⁴ Davies *et al.* (2018). Lack of evidence to favor specific preventive interventions in psychosis: A network meta-analysis. *World Psychiatry*, 17(2), 196-209.

³⁵ Fusar-Poli *et al.* (2019). Preventive treatments for psychosis: Umbrella review (just the evidence). *Frontiers in Psychiatry*, 10, 764.

³⁶ Bosnjak Kuharic *et al.* (2019). Interventions for prodromal stage of psychosis. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 11.

par des psychiatres spécialisés dans ce domaine³⁷. Chez ces jeunes qui ont présenté des symptômes transitoires ou atténués avant leur intégration dans les PPEP, le pronostic est généralement défavorable, c'est-à-dire qu'ils présentent des symptômes plus importants et un moins bon fonctionnement^{38, 39}.

Si l'évaluation psychiatrique conclut que le jeune ne présente pas de psychose franche ou que son risque de présenter une psychose est faible, un suivi par d'autres équipes de santé mentale devrait lui être proposé. Si l'évaluation psychiatrique conclut que le jeune présente un risque élevé de psychose (symptômes et/ou atteinte du fonctionnement suffisamment spécifiques et importants), l'équipe pourrait alors choisir d'intégrer la personne au PPEP et de lui offrir un suivi. Le PPEP doit alors offrir les interventions reconnues pour traiter tous les troubles mentaux associés tels que la dépression, les troubles anxieux, les troubles liés à l'usage de substances, etc. L'accent doit être mis sur l'instauration d'interventions psychosociales (selon une approche cognitivo-comportementale, avec ou sans intervention familiale) davantage que sur un traitement pharmacologique⁴⁰. L'intensité et la durée du suivi seront moindres pour ce jeune que pour les jeunes avec un PEP.

En résumé, l'équipe du PPEP se doivent de collaborer étroitement avec les différentes équipes offrant des services en santé mentale aux jeunes et aux adultes afin de les soutenir dans l'évaluation diagnostique des personnes présentant un risque accru de psychose. Les modalités de suivi de ces jeunes doivent être déterminées selon la nature des besoins et l'intensité des symptômes présentés, dans le respect des meilleures pratiques.

2.2 Modalités d'accès

L'accessibilité au PPEP est essentielle pour la réponse aux objectifs de l'intervention précoce. Chaque ESSS responsable d'offrir des soins et des services en santé mentale a la responsabilité de mettre à la disposition de l'équipe du PPEP un numéro de téléphone central attribué au programme afin qu'il soit diffusé largement dans la communauté. Ce numéro permet à l'équipe d'être jointe directement par ses différents partenaires du RSSS et de la communauté (pédopsychiatrie, psychiatrie adulte, pédiatrie, service des urgences, groupe de médecine de famille [GMF], mécanismes d'accès, système scolaire, première ligne, centre de protection et de

³⁷ Kempton *et al.* (2015). Speed of psychosis progression in people at ultra-high clinical risk: A complementary meta-analysis. *JAMA Psychiatry*, 72(6), 622-623.

³⁸ Fusar-Poli *et al.* (2020). Real-world clinical outcomes two years after transition to psychosis in individuals at clinical high risk: Electronic health record cohort study. *Schizophrenia Bulletin*, 46(5), 1114-1125.

³⁹ Rosengard *et al.* (2019). Association of pre-onset subthreshold psychotic symptoms with longitudinal outcomes during treatment of a first episode of psychosis. *JAMA Psychiatry*, 76(1), 61-70.

⁴⁰ National Institute for Health and Care Excellence. (2016, 26 octobre). *Psychosis and schizophrenia in children and young people: Recognition and management*. <https://www.nice.org.uk/guidance/cg155>

réadaptation pour les jeunes en difficulté et leur famille, centre de réadaptation en dépendance, organisme communautaire, centre de crise, organisme du milieu carcéral ou légal, etc.). Ceux-ci peuvent donc facilement communiquer avec un intervenant du PPEP et ainsi procéder directement aux demandes de consultation. Les demandes de consultation relatives au PPEP peuvent provenir de toutes les personnes et de tous les milieux, y compris du jeune lui-même ou de ses proches. Un lien étroit est maintenu entre les mécanismes d'accès en santé mentale des jeunes et des adultes⁴¹ ainsi que les responsables du PPEP, et les procédures d'accès aux services en santé mentale ne doivent jamais ralentir l'admission d'un jeune présentant un PEP au PPEP : aucun formulaire n'est requis pour obtenir les services du PPEP. De plus, une demande de consultation médicale n'est pas nécessaire pour l'évaluation psychiatrique dans le PPEP.

Un intervenant du PPEP doit être disponible pour faire l'analyse de la situation, dans un délai de 24 à 72 heures (jours calendaires) suivant la demande. Ce triage peut se faire par consultation du dossier et discussion avec la personne qui a fait la demande. L'intervenant peut aussi contacter et même rencontrer le jeune et/ou un proche à cette étape de l'analyse de la demande afin de bien comprendre la problématique. Dans certains cas, le triage peut prendre quelques jours, voire quelques semaines si le jeune est difficile à joindre ou s'il accepte difficilement la demande. Plusieurs moyens doivent alors être mis en place pour favoriser le suivi, dont les interventions de démarchage (voir section 3.4).

Si le triage conclut à la présence de signes ou de symptômes indiquant une possible psychose, l'équipe du PPEP discute de la situation afin de s'assurer de planifier rapidement une évaluation psychiatrique. Selon les standards ministériels relatifs aux délais d'accès à une consultation psychiatrique^{42, 43}, dans le cas d'un PEP, l'évaluation psychiatrique devrait avoir lieu :

- Dans les 15 jours suivant la réception de la demande dans le cas d'un état stable (qui implique la présence de symptômes qui entraînent une détresse ou des difficultés fonctionnelles tolérables);
- Dans les 7 jours suivant la réception de la demande dans le cas d'un état instable (qui implique un potentiel de détérioration pouvant mener à une hospitalisation);
- Dans un délai de 24 heures lorsque la personne est en état de crise (qui implique un danger à court terme pour elle-même ou autrui). Ces situations relèvent généralement de la procédure mise en place dans chaque ESSS concernant les urgences psychiatriques. Une collaboration spécifique entre le service des urgences psychiatriques et l'équipe du PPEP doit être établie afin qu'ils s'assurent

⁴¹ Ces mécanismes sont actuellement appelés guichets d'accès en santé mentale.

⁴² Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2017b). *Plan d'action en santé mentale 2015-2020 : faire ensemble et autrement*. Gouvernement du Québec, p. 68.

⁴³ Association des psychiatres du Canada. (2006, mars). *Wait time benchmarks for patients with serious psychiatric illnesses*. https://www.cpa-apc.org/wp-content/uploads/Wait-times-CPA_policy_paper_1-web-EN.pdf

des délais à respecter et de la stabilisation de la crise. Dans le cas où l'équipe de l'urgence assume l'évaluation et la stabilisation de la crise, une liaison étroite doit être faite avec l'équipe du PPEP afin qu'elles assurent une continuité de soins et évitent un désengagement.

Dans le cas d'une personne présentant un risque accru de psychose, l'évaluation psychiatrique devrait avoir lieu :

- Dans les 30 jours suivant la réception de la demande dans le cas d'un état stable;
- Dans les 15 jours suivant la réception de la demande dans le cas d'un état instable.

Une fois le diagnostic de psychose posé par le psychiatre, la personne est admise au PPEP. L'équipe du PPEP devra indiquer clairement qui est l'intervenant pivot attitré et entreprendre les interventions sans délai. L'intervenant pivot sera responsable d'assurer activement le suivi de la personne en modulant son offre de service selon les besoins de celle-ci. Une gestion de cas combinant le modèle dit « thérapeutique » (où l'intervenant assure un rôle de thérapeute de premier recours) à celui dit « de représentation » (où l'intervenant organise et facilite l'accès à des soins offerts par d'autres intervenants) sera privilégiée⁴⁴.

Lorsque le triage ne conclut pas à la présence possible d'une psychose, l'équipe, après en avoir discuté avec le psychiatre responsable du PPEP, dirige la personne vers les services jugés les plus appropriés pour répondre à ses besoins. Dans le cas d'une demande provenant d'une équipe médicale, l'équipe du PPEP suggère l'orientation proposée à cette équipe, qui fera les démarches appropriées avec le soutien de l'équipe du PPEP si nécessaire.

2.3 Composition de l'équipe du PPEP

La composition et l'organisation de l'équipe du PPEP varieront considérablement en fonction du bassin de population et de la grandeur du territoire servi par l'ESSS dont elle relève.

2.3.1 Requis d'équivalents temps complet (ETC) pour 100 000 habitants

Dans cette section, afin de faciliter l'arrimage des différents programmes offrant des services en santé mentale, tous les requis et les ratios ont été calculés sur la base de la population générale (0-100 ans). L'incidence réelle de la population présentant un PEP est difficile à mesurer, entre autres en raison des variations démographiques, celles-ci étant plus élevées dans les milieux urbains et plus défavorisés ainsi que dans

⁴⁴ Early Psychosis Prevention and Intervention Centre. *Le case management dans la psychose débutante : un manuel*. Orygen, The National Centre of Excellence in Youth Mental Health. <https://institutdepsychiatrie.org/wp-content/uploads/2020/04/Case-management-manuel-franc%CC%A7ais.pdf>

les régions où le taux d'immigration est élevé^{45, 46}. Pour le calcul des requis dans les PPEP du Québec, l'incidence moyenne annuelle retenue est de 25 jeunes présentant un PEP pour 100 000 habitants⁴⁷. Vu la durée de suivi au PPEP de 3 ans, cela donne un requis de places moyen de 75 places pour 100 000 habitants. Toutefois, les requis varient entre les régions, voire entre les réseaux locaux de services de santé et de services sociaux.

Afin de déterminer le nombre de places minimales nécessaires pour les PPEP, plusieurs éléments ont été considérés : l'incidence du PEP, la durée de suivi moyenne dans les PPEP (voir section 2.4) et l'accès aux différents services en santé mentale. Le nombre de places minimales nécessaires pour les PPEP dans chaque ESSS est de 52 places. Ce nombre a également été ajusté au pourcentage de la population qui est composée par la population visée par le programme. En effet, la proportion de personnes de 12 à 35 ans varie considérablement dans la province, étant en moyenne de 33 % sur l'île de Montréal et de 26 % ailleurs dans la province.

Pour toute la province de Québec (sauf Montréal), le nombre de places minimales nécessaires pour les PPEP se situe à **48 places par 100 000 habitants**. Un requis de **3 intervenants ETC** est jugé approprié afin de répondre aux besoins des jeunes suivis par le programme.

Sur l'île de Montréal, le nombre de places minimales nécessaires pour les PPEP se situe à **60 places par 100 000 habitants**. Un requis de **3,75 intervenants ETC** est jugé approprié afin de répondre aux besoins des jeunes suivis par le programme.

De façon générale, les requis actuels représentent une augmentation de 33 % en comparaison des requis recommandés dans le premier cadre de référence PIPEP en 2017. Ces requis représentent un seuil minimal qui sera réévalué régulièrement en continuité avec le déploiement des différents programmes offrant des services en santé mentale, lorsque des données plus précises seront disponibles. La reddition de comptes décrite à la section 6 ainsi que certaines études en cours au Québec permettront l'accès à des données plus exactes dans les prochaines années.

⁴⁵ Kirkbride *et al.* (2017). 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*, 174(2), 143-153.

⁴⁶ Rotenberg *et al.* (2021). The incidence of psychotic disorders and area-level marginalization in Ontario, Canada: A population-based retrospective cohort study. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 1-10.

⁴⁷ McDonald *et al.* (2021). Using epidemiological evidence to forecast population need for early treatment programmes in mental health: A generalisable Bayesian prediction methodology applied to and validated for first-episode psychosis in England. *The British Journal of Psychiatry*, 219(1), 383-391.

À titre indicatif, les besoins en psychiatres correspondent à un ratio de 80 personnes suivies au PPEP pour 1 psychiatre ETC (partagé entre les psychiatres qui travaillent auprès des adultes et ceux qui travaillent auprès des enfants et des adolescents). Ce ratio permet aux psychiatres d'offrir une fréquence élevée de rendez-vous de suivi en plus d'être disponibles pour rencontrer les jeunes en situation de crise et ainsi éviter des consultations à l'urgence. Pour maintenir l'efficacité, l'efficacité et atteindre les objectifs, il faut limiter le nombre de psychiatres différents affectés au PPEP. Toutefois, il est recommandé de répartir les ETC requis entre deux psychiatres afin d'éviter une rupture de services en lien avec, entre autres, les congés annuels.

En se basant sur le PASM⁴⁸, sur le document intitulé *Lignes directrices pour l'implantation de mesures de soutien dans la communauté en santé mentale*⁴⁹ et sur l'expérience des experts, on recommande pour le PPEP un **ratio moyen de 1 intervenant pivot pour 16 usagers**. Ce ratio moyen permettrait d'assurer l'accessibilité et l'intensité de suivi requises pour répondre aux besoins des jeunes. Il s'agit d'un ratio d'équipe et non d'un ratio individuel pour chaque intervenant des PPEP. En effet, certains intervenants peuvent tenir dans les PPEP des rôles spécifiques qui les rendent moins disponibles pour assurer un suivi d'intervenant pivot. Le chef d'équipe est inclus dans ce ratio, mais pas les professionnels consultants, ni les effectifs médicaux et les effectifs de soutien administratif.

2.3.2 Structure des programmes

Selon les requis en vigueur, on s'attend à ce que les régions ayant 100 000 habitants et plus bénéficient d'un PPEP d'au moins 3 ETC pour permettre aux jeunes de leur territoire d'accéder à un programme spécialisé. Ce PPEP est dit autonome, car il est composé intégralement de toutes les caractéristiques organisationnelles et cliniques essentielles pour l'intervention précoce auprès des jeunes psychotiques.

Certains ESSS offrant des services en santé mentale au Québec servent une population de moins de 100 000 habitants. Ces ESSS sont situés dans des régions peu densément peuplées et couvrent un territoire géographique très étendu. Le PPEP étant un service de proximité dans le milieu, sa mise en place pourrait y être plus difficile à organiser. Ces ESSS doivent donc déployer un modèle d'organisation de services différent leur permettant de servir de manière efficace et de façon efficiente la population. Dans tous les cas, les requis d'ETC pour 100 000 habitants mis à la disposition des personnes qui présentent un PEP doivent y être respectés pour éviter

⁴⁸ Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2017b). *Op. cit.*, p. 66-71.

⁴⁹ Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2002). *Lignes directrices pour l'implantation de mesures de soutien dans la communauté en santé mentale*. Gouvernement du Québec.
<http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2002/02-844-03.pdf>

des ruptures de services, et toutes les composantes essentielles de l'intervention doivent y être déployées.

Compte tenu de la valeur ajoutée d'un PPEP autonome pour la qualité et l'efficacité des services offerts, il est recommandé aux ESSS qui peuvent cibler un territoire regroupant efficacement 80 000 habitants d'être également couverts par un PPEP de 3 ETC. Pour les régions où il n'est pas possible de regrouper les services à l'intérieur d'un PPEP autonome, les services pour les jeunes présentant un PEP seront intégrés dans les autres équipes en santé mentale (soutien d'intensité variable [SIV], suivi d'intensité flexible [SIF] / *Flexible Assertive Community Treatment* [FACT] et/ou santé mentale jeunesse) de la région.

Il est recommandé aux régions où le PPEP sera intégré aux autres équipes en santé mentale de confier le rôle de spécialiste PEP à certains intervenants des équipes de suivi dans la communauté. Ces spécialistes PEP qui travaillent dans des programmes SIF/FACT, SIV ou santé mentale jeunesse ont la responsabilité d'intervenir auprès de la majorité des jeunes qui présentent un PEP. Ils doivent être formés et développer une expertise dans le domaine des PEP. Ce rôle de spécialiste PEP doit toutefois être réparti entre au moins deux intervenants par équipe, afin que les intervenants se soutiennent entre eux et qu'une rupture de services en lien avec, entre autres, les congés annuels soit évitée. Dans toutes ces situations où il n'est pas possible d'avoir un PPEP autonome, il importe que les intervenants désignés pour offrir des services pour PEP soient en lien direct avec une équipe de PPEP de leur centre intégré de santé et de services sociaux (CISSS) ou centre intégré universitaire de santé et de services sociaux (CIUSSS) afin de recevoir le soutien de cette équipe (discussion de cas complexe, obtention d'un deuxième avis médical, etc.). S'il n'y a pas de PPEP près du territoire servi par les intervenants pour PEP, une collaboration avec une équipe de PPEP d'un autre CISSS ou CIUSSS est à prévoir. La mise en place d'une communauté de praticiens spécifique pour ces régions est également encouragée et sera soutenue par le MSSS. L'annexe en fin de cadre de référence détaille l'application des modalités organisationnelles et cliniques des PPEP pour les régions où ceux-ci seront intégrés dans des équipes en santé mentale plus généralistes.

2.3.3 Types d'intervenants requis

L'équipe interdisciplinaire du PPEP est composée de ressources variées. Il s'agit d'intervenants attitrés au PPEP et de professionnels consultants. Les intervenants attitrés au PPEP sont ceux dont la tâche est de travailler exclusivement avec les usagers du PPEP, comme intervenants pivots. Ils proviennent de domaines de la santé et des services sociaux diversifiés (infirmier, travailleur social, ergothérapeute, psychoéducateur, éducateur spécialisé, psychologue, etc.). En plus de leur rôle d'intervenant pivot, certains intervenants attitrés rempliront d'autres rôles afin d'assurer le bon fonctionnement du PPEP. C'est le cas du chef d'équipe et des spécialistes. Le chef d'équipe assure la direction administrative et le soutien des

membres de l'équipe. Les spécialistes, quant à eux, sont des intervenants qui sont formés dans un domaine d'expertise pertinent et qui ont comme responsabilité de soutenir leurs collègues lorsque les jeunes qu'ils suivent présentent des enjeux dans leur domaine de connaissances. Ces spécialistes sont nommés en fonction de leur volonté de se spécialiser dans un domaine, de leurs formations (antérieures ou futures) et de leur expérience et non en fonction de leur titre d'emploi.

La composition des équipes variera en fonction du nombre d'intervenants attirés au PPEP dans une région donnée. Il est possible de constituer une équipe de PPEP à partir de trois intervenants ETC⁵⁰. Peu importe la grosseur de l'équipe, il est essentiel de diversifier les titres d'emploi des intervenants attirés.

Lorsqu'une équipe de PPEP est constituée de trois intervenants ETC, les fonctions essentielles qui doivent être remplies dans l'équipe sont alors les suivantes :

- un infirmier;
- un spécialiste en réinsertion socioprofessionnelle et scolaire;
- un spécialiste en approches familiales.

Les tâches de chef d'équipe pourront être assumées par un des membres de l'équipe. Un intervenant pourrait cumuler deux spécialités si l'équipe désire des spécialités supplémentaires (ex. : un infirmier qui détient des connaissances en toxicomanie ou un spécialiste en approches familiales qui détient également une formation en approche cognitivo-comportementale).

Lorsqu'une équipe de PPEP est constituée de quatre intervenants ETC, les fonctions essentielles qui doivent être remplies dans l'équipe sont alors les suivantes :

- un infirmier;
- un spécialiste en réinsertion socioprofessionnelle et scolaire;
- un spécialiste en approches familiales;
- un spécialiste en toxicomanie ou en approche cognitivo-comportementale.

Les tâches de chef d'équipe pourront être assumées par un des membres de l'équipe. Un intervenant pourrait cumuler deux spécialités si l'équipe désire des spécialités supplémentaires (ex. : un infirmier qui détient des connaissances en toxicomanie ou un spécialiste en approches familiales qui détient également une formation en approche cognitivo-comportementale).

⁵⁰ Une personne qui occupe un emploi à temps complet (cinq jours par semaine) et qui travaille toute l'année compte pour un ETC.

Lorsqu'une équipe de PPEP est constituée de cinq à sept intervenants ETC, les fonctions essentielles qui doivent être remplies dans l'équipe sont alors les suivantes :

- un chef d'équipe;
- un infirmier;
- un spécialiste en réinsertion socioprofessionnelle et scolaire;
- un spécialiste en approches familiales;
- un spécialiste en toxicomanie;
- un spécialiste en approche cognitivo-comportementale.

Lorsqu'une équipe de PPEP est constituée de plus de sept intervenants ETC, les fonctions essentielles qui doivent être remplies dans l'équipe sont alors les suivantes :

- un chef d'équipe;
- un infirmier;
- un ergothérapeute;
- un travailleur social;
- un spécialiste en réinsertion socioprofessionnelle et scolaire;
- un spécialiste en approches familiales;
- un spécialiste en toxicomanie;
- un spécialiste en approche cognitivo-comportementale.

Des spécialistes supplémentaires peuvent être nommés de manière à répondre aux particularités de la communauté servie par l'équipe du PPEP. Par exemple, dans les grands centres urbains, il peut être pertinent d'inclure dans l'équipe un intervenant qui se spécialise dans le soutien au logement, la prévention de l'itinérance, l'intervention interculturelle, l'immigration, etc.

Plus la population d'une région est nombreuse, plus l'équipe du PPEP comptera d'intervenants ETC diversifiés. Toutefois, afin de favoriser les échanges cliniques dans l'équipe de travail, il est recommandé de limiter la taille des équipes qui couvrent un territoire. La taille d'une équipe ne devrait pas être de moins de 3 intervenants ETC ni de plus de 12 intervenants ETC.

Les professionnels consultants ne travaillent pas exclusivement auprès de la clientèle du PPEP, mais sont désignés par l'ESSS pour répondre aux demandes de consultation du PPEP. Ils sont nommément désignés, et leur participation est

continue afin qu'ils renforcent leur expertise et leur savoir-faire auprès de la clientèle du PPEP ainsi que leur lien avec l'équipe.

Les professionnels consultants nommément désignés, à moins que ceux-ci ne soient déjà intégrés dans l'équipe comme intervenants pivots, sont les suivants :

- pair aidant,
- travailleur social,
- psychoéducateur,
- ergothérapeute,
- psychologue,
- neuropsychologue,
- kinésiologue ou éducateur physique,
- conseiller d'orientation,
- nutritionniste,
- sexologue,
- criminologue,
- médecin de famille,
- pédiatre,
- pharmacien,
- neurologue.

L'équipe du PPEP doit engager un pair aidant qui a un parcours de soins similaire à celui des jeunes suivis au PPEP et qui pourra créer un lien avec eux. Les pairs aidants sont porteurs d'espoir auprès des jeunes et des équipes des PPEP. Ils contribuent également à diminuer la stigmatisation et à stimuler la pleine participation des personnes dans leur rétablissement⁵¹. Étant donné la diversité des équipes à travers le territoire québécois, il n'est pas nécessaire que le pair aidant fasse partie de l'équipe, mais sa disponibilité comme professionnel consultant est essentielle. L'embauche d'un pair aidant famille est également valorisée, comme professionnel consultant, afin qu'il soutienne les proches des jeunes suivis au PPEP.

2.3.4 Disponibilité de l'équipe du PPEP

Chacun des intervenants attirés au PPEP doit être disponible pour donner des services aux usagers du PPEP, idéalement cinq jours par semaine. Cette disponibilité minimale est essentielle à la continuité et à l'intensité des services à offrir par l'équipe du PPEP. Elle permet de créer l'alliance thérapeutique avec le jeune et favorise l'engagement de celui-ci dans son suivi. La disponibilité minimale à quatre ou cinq jours par semaine permet aussi l'interaction active, fréquente et indispensable entre les membres de l'équipe.

Les psychiatres, même s'ils ne se consacrent pas à temps complet au PPEP, doivent être disponibles pour répondre aux besoins de l'équipe au moins quatre jours par semaine et aussi participer aux réunions d'équipe hebdomadaires afin de favoriser le travail d'équipe.

⁵¹ Association québécoise pour la réadaptation psychosociale. (s.d.). *Rôle du pair aidant*. <https://aqrp-sm.org/groupe-mobilisation/pairs-aidants-reseau/role/>

Bien que le PPEP offre majoritairement des services de jour, durant la semaine, on devrait pouvoir obtenir des services de l'équipe du PPEP en dehors des heures ouvrables de bureau. Les jeunes, ainsi que leur famille, devraient pouvoir bénéficier de rencontres en soirée ou durant une fin de semaine si nécessaire. Selon la composition de l'équipe, celle-ci peut choisir d'ouvrir ses bureaux un ou deux soirs par semaine ou encore d'offrir des rencontres selon les demandes. En effet, la flexibilité d'horaire des rencontres avec les intervenants et les psychiatres est nécessaire pour assurer le maintien dans les différentes activités de rétablissement (travail/études) tout en maintenant une intensité de suivi adéquate au PPEP. Comme les équipes n'ont pas à offrir des services 24 h/24, 7 j/7, des collaborations doivent être créées avec les différents partenaires du RSSS (équipes 24/7, ligne Info-Social) et des organismes communautaires afin d'assurer un filet de sécurité adéquat aux personnes suivies dans les PPEP, en dehors des heures d'ouverture du programme.

2.4 Durée de suivi au PPEP

La durée des différents services de PPEP, au Canada et ailleurs dans le monde, varie de deux ans à cinq ans⁵². Les dernières données probantes ne permettent pas d'affirmer clairement qu'un programme d'une durée de cinq ans a une valeur supérieure à celle d'un programme d'une durée de deux ans⁵³. Toutefois, certaines études montrent qu'une intervention plus longue dans un PPEP apporterait une diminution des symptômes dépressifs⁵⁴, une rémission plus longue des symptômes de psychose⁵⁵ et un meilleur taux de rétablissement fonctionnel⁵⁶. La durée de suivi, flexible selon les besoins cliniques, devrait donc être minimalement de trois ans. Il importe que la durée d'intervention de chaque jeune suivi soit déterminée par les intervenants du PPEP, en fonction de leur jugement clinique, et non par des considérations de gestion. Conséquemment, l'équipe du PPEP procède régulièrement à la révision systématique des services requis par les jeunes suivis dans le programme.

Les services pourraient être de plus courte durée si l'évolution du jeune fait ressortir de nouveaux éléments diagnostiques et que le suivi au PPEP n'apparaît alors

⁵² Nolin *et al.* (2016). *Op. cit.*

⁵³ Albert *et al.* (2017, 12 janvier). 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). *British Medical Journal*, 356, 1-14.

⁵⁴ Chang *et al.* (2015). Optimal duration of an early intervention programme for first-episode psychosis: Randomised controlled trial. *The British Journal of Psychiatry*, 206(6), 492-500.

⁵⁵ Malla *et al.* (2017). Comparing three-year extension of early intervention service to regular care following two years of early intervention service in first-episode psychosis: A randomized single blind clinical trial. *World Psychiatry*, 16(3), 278-286.

⁵⁶ Chang *et al.* (2016). Prediction of functional remission in first-episode psychosis: 12-month follow-up of the randomized-controlled trial on extended early intervention in Hong Kong. *Schizophrenia Research*, 173(1-2), 79-83.

plus le mieux indiqué pour le jeune. Les services pourraient également être plus courts si l'évolution fonctionnelle du jeune nécessite une intensité de service qui relève d'une autre équipe en santé mentale (ex. : comme le suivi intensif dans le milieu [SIM]). Au contraire, selon la phase de la maladie (ou de son développement), un jeune pourrait bénéficier du prolongement des services offerts par l'équipe du PPEP afin de contribuer avantageusement à son maintien ou à l'amélioration de son fonctionnement. Par exemple, pour que le suivi permette le passage à l'âge adulte et qu'il n'y ait pas de rupture de services entre les services jeunesse et adultes, on peut s'attendre à ce que les personnes âgées de moins de 18 ans au moment de leur admission au PPEP requièrent un suivi plus long. En effet, certaines études démontrent que le taux de rechute est plus important chez les jeunes chez qui le trouble est apparu à un plus jeune âge⁵⁷.

3 Modalités cliniques d'un PPEP

En plus de l'accessibilité facile et rapide aux services, du bas ratio d'utilisateurs par intervenant et de la durée moyenne de suivi de trois ans, plusieurs éléments sont essentiels pour qu'un PPEP soit conforme aux bonnes pratiques en intervention précoce^{58,59}. La présente section s'inspire de services déjà offerts dans plusieurs pays^{60, 61, 62} et définit la gamme des services à mettre en place par l'équipe du PPEP.

3.1 Suivi de type *case management* et approches privilégiées

Le jeune qui est admis au PPEP se verra lié à un intervenant pivot qui sera l'intervenant responsable de le soutenir dans l'ensemble des besoins associés à son rétablissement. Cet intervenant lui offrira un suivi psychosocial adapté à la phase de sa psychose et à celle de son rétablissement. La fondation de toutes les interventions sera le développement d'une relation thérapeutique basée sur l'empathie, la bienveillance, la collaboration et l'espoir. Le lieu des interventions et les activités réalisées seront souvent déterminants pour développer cette alliance. L'intervenant pivot devra parfois utiliser des moyens créatifs et innovants pour créer ce lien permettant ensuite au jeune d'établir une relation de confiance avec l'équipe du PPEP

⁵⁷ Immonen *et al.* (2017). Age at onset and the outcome of schizophrenia: A systematic review and meta-analysis. *Early Intervention in Psychiatry*, 11(6), 453-460.

⁵⁸ Fusar-Poli *et al.* (2017). Improving outcomes of first-episode psychosis: An overview. *World Psychiatry*, 16(3), 251-265.

⁵⁹ Stavely *et al.* (2013). *Op. cit.*

⁶⁰ National Institute for Health and Care Excellence. (2016, 26 octobre). *Op. cit.*

⁶¹ National Institute for Health and Care Excellence. (2014, 1^{er} mars). *Op. cit.*

⁶² Early Psychosis Guidelines Writing Group and EPPIC National Support Program. (2016). *Australian Clinical Guidelines for Early Psychosis* (2^e éd.). Orygen, The National Centre of Excellence in Youth Mental Health.

et ainsi amorcer un suivi thérapeutique positif basé sur la confiance mutuelle. En début de suivi, lors de la phase aiguë, la priorité devra être mise sur l'établissement de cette alliance thérapeutique et l'introduction d'un traitement approprié afin de réduire les symptômes de psychose et diminuer la souffrance qui y est associée.

L'intervenant pivot accompagnera également le jeune dans la réalisation de ses démarches sociales (obtention ou renouvellement de pièces d'identité, démarches liées à l'immigration, etc.) et légales (démarches auprès du Tribunal administratif du Québec, du Programme d'accompagnement justice-santé mentale ou du milieu correctionnel), selon ses besoins. Il s'assurera du suivi de l'ensemble des démarches en réponse aux besoins du jeune (logement, alimentation, médication, etc.) et l'accompagnera activement dans la reprise d'activités (activités sociales, sports, activités vocationnelles ou scolaires, etc.). Lorsque nécessaire, l'intervenant pivot arrimera les services aux soins et services complémentaires des partenaires de la communauté (par exemple, voir un conseiller en orientation d'un établissement scolaire ou obtenir des services d'aide à l'emploi d'un organisme gouvernemental).

Dans son approche, l'intervenant pivot doit s'assurer de favoriser le rétablissement de l'utilisateur. Dès que le jeune est admis au PPEP, l'intervenant doit diriger ses interventions vers l'atteinte de ses projets de vie : terminer ses études, travailler, développer des relations amicales et amoureuses, quitter le domicile familial, etc. Il doit s'assurer de susciter l'espoir et d'offrir du soutien au jeune admis et à son entourage, et ce, tout au long du processus. Il misera sur l'appropriation du pouvoir d'agir de l'utilisateur (le terme *empowerment* est utilisé dans la littérature anglophone) dans toutes les sphères de sa vie. L'approche axée sur le rétablissement sera utilisée. Bien que peu étudiée spécifiquement pour les jeunes présentant un PEP, l'approche par les forces est également recommandée⁶³.

Les intervenants du PPEP doivent également considérer le stade de développement des jeunes qu'ils rencontrent pour adapter leurs interventions. En effet, les jeunes sont particulièrement réticents à consulter pour leurs difficultés, mais ils le font avec plus de facilité lorsque les services sont *youth-friendly*⁶⁴. Les services sont dits *youth-friendly*⁶⁵ lorsqu'ils sont offerts par des intervenants soucieux des jeunes, centrés sur les besoins des jeunes et réalisés dans un environnement accessible et chaleureux où les jeunes se sentent bien et en sécurité. Pour ce faire, il importe que les intervenants favorisent l'engagement des jeunes dans le programme et qu'ils adoptent une attitude thérapeutique souple, empreinte d'écoute, d'ouverture et de compréhension. Les stratégies de communication doivent être adaptées aux jeunes : l'utilisation des moyens technologiques est recommandée (messagerie texte

⁶³ Allott *et al.* (2020). Cognitive strengths-based assessment and intervention in first-episode psychosis: A complementary approach to addressing functional recovery? *Clinical Psychology Review*, 79.

⁶⁴ McKinlay *et al.* (2021). Young peoples' perspectives about care in a youth-friendly general practice. *Journal of Primary Health Care*, 13(2), 157-164.

⁶⁵ Hawke *et al.* (2019). What makes mental health and substance use services youth friendly? A scoping review of literature. *BMC Health Services Research*, 19(1), 257.

ou autres applications pour rappels, courriels, etc.). Lorsque c'est possible, les hospitalisations devraient également avoir lieu sur des unités destinées aux jeunes du PPEP afin qu'ils aient un milieu de soins adapté à leurs besoins, porteur d'espoir et axé sur le rétablissement. Minimalement, les jeunes devraient être regroupés sur une même unité d'hospitalisation où du personnel pour les jeunes serait formé à la philosophie de soins du PPEP et entretiendrait des liens étroits avec l'équipe du PPEP.

3.2 Intervention intensive de proximité

Afin que l'équipe du PPEP réponde bien à sa mission d'intervention précoce adaptée aux besoins des jeunes suivis, il importe que le taux de rétention des personnes admises au PPEP soit élevé, soit moins de 10 % d'abandon du suivi par année. Pour y parvenir, l'équipe privilégiera l'intervention intensive de proximité. L'intensité du suivi sera variable et adaptée à la phase de la psychose et du rétablissement, tout en tenant compte des objectifs de réadaptation. Les jeunes suivis bénéficieront d'un suivi moyen d'une fois par semaine avec l'intervenant pivot et d'une fois toutes les trois semaines avec le psychiatre. Cette intensité de service permet, entre autres, une meilleure réponse en cas de situation de crise. La flexibilité (horaire) des interventions prévues dans un PPEP permet aussi de limiter l'absentéisme d'une personne aux études ou en emploi. La durée de chacune des rencontres est, elle aussi, modulée en fonction des besoins du jeune suivi ainsi que de son niveau de fonctionnement et de sa phase de rétablissement.

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, qui correspond aux désirs du jeune (domicile, école, lieu de travail, parcs, etc.). La majorité des interventions, soit plus de 50 % d'entre elles, ont lieu dans la communauté, mais elles peuvent également se dérouler dans les locaux du PPEP afin de répondre à des besoins spécifiques du jeune. La téléconsultation est également possible afin de faciliter la participation au suivi thérapeutique sans nuire à l'horaire de travail ou d'études des jeunes suivis. Lors de la fin du suivi au PPEP, la fréquence et le lieu d'intervention devront être modulés afin d'être cohérents avec les modalités d'intervention qui seront offertes par la nouvelle équipe qui assurera la poursuite du suivi.

L'équipe du PPEP doit maintenir un lien étroit avec la communauté et bien connaître les ressources disponibles dans son secteur ou sa région. Elle doit créer un lien tout particulièrement étroit avec les organismes qui dirigent vers elle la clientèle (dont les GMF, les commissions scolaires, les groupes communautaires, etc.) et ceux qui peuvent offrir des services complémentaires permettant la réinsertion sociale (comme les entreprises d'insertion au travail et les organismes qui offrent des services d'hébergement aux jeunes en difficulté).

3.3 Sensibilisation, information et lutte contre la stigmatisation

L'équipe du PPEP doit sensibiliser la communauté qu'elle sert à la détection et à l'intervention précoce de la psychose. Ces activités doivent se faire fréquemment (au moins trois fois par année). La sensibilisation et les activités d'information se font particulièrement auprès des organismes travaillant auprès des personnes susceptibles de présenter des psychoses (jeunes de 12-35 ans, avec ou sans difficultés d'adaptation). On pense, entre autres, aux établissements d'enseignement (y compris les centres de formation des adultes), aux organismes communautaires (centres de loisirs, services d'hébergement pour jeunes en difficulté, organismes en lien avec des jeunes de communautés culturelles ou religieuses minoritaires, etc.), aux centres de réadaptation pour jeunes en difficulté d'adaptation, aux centres de réadaptation en DI et aux centres de réadaptation en dépendance, aux services policiers, judiciaires et carcéraux. Il est également essentiel que l'équipe du PPEP reste en contact étroit avec les services des urgences (médicales) et les services de première ligne, y compris les GMF : la majorité des jeunes qui consultent pour une détresse psychologique s'adresseront initialement à leur médecin de famille ou à un psychologue⁶⁶. L'équipe du PPEP doit faire connaître ses services et ses mécanismes d'accès à ses partenaires, pour leur permettre de faire appel au PPEP lorsqu'ils détectent des signes de psychose. L'ensemble de ces activités de sensibilisation permettent une meilleure détection de la psychose, ce qui contribue à la diminution de la durée de psychose non traitée⁶⁷.

Les activités de sensibilisation permettent également d'améliorer les chances de rétablissement en diminuant la stigmatisation. L'équipe du PPEP sensibilise ses partenaires aux facteurs qui favorisent le retour et le maintien en emploi ou aux études. Elle transmet à ses partenaires les outils qui leur permettront de mieux lutter contre la stigmatisation. Par leurs formations aux partenaires, les équipes des PPEP contribuent à une meilleure connaissance de la psychose et au développement d'une culture d'intégration sociale (l'accès aux études, à l'emploi, au logement et aux loisirs).

3.4 Démarchage (*outreach*)

L'équipe du PPEP doit réaliser des activités pour trouver, dans la population, les personnes qui éprouvent des besoins en lien avec un PEP et leur offrir un traitement ambulatoire le plus tôt possible. Étant donné qu'un certain pourcentage des jeunes présentant une psychose ne cherche pas d'aide et tend à se marginaliser, il importe

⁶⁶ Solmi *et al.* (2020). Proportion of young people in the general population consulting general practitioners: Potential for mental health screening and prevention. *Early Intervention in Psychiatry*, 14(5), 631-635.

⁶⁷ Connor *et al.* (2016). Don't turn your back on the symptoms of psychosis: The results of a proof-of-principle, quasi-experimental intervention to reduce duration of untreated psychosis. *BMC Psychiatry*, 16(127).

que l'équipe du PPEP mène des actions lui permettant d'entrer en contact avec ces personnes et aussi d'appuyer leurs proches qui tentent d'obtenir de l'aide pour elles. Il est donc possible qu'un jeune soit admis au PPEP alors qu'il n'a pas été rencontré pour une évaluation psychiatrique. Dans ce cas, l'admission est confirmée par une discussion clinique entre le psychiatre et l'équipe. Les intervenants déploieront alors leurs efforts pour amener le jeune à accepter l'évaluation psychiatrique dans un contexte favorable pour lui. Cela implique que l'évaluation psychiatrique pourrait également avoir lieu à l'extérieur des murs de la clinique, si nécessaire.

3.5 Évaluation biopsychosociale

Une fois que le triage est fait et qu'il permet de suspecter une possible psychose, la personne est évaluée par le psychiatre, idéalement avec l'intervenant pivot désigné. Avec l'apport des membres de l'équipe, le psychiatre procède à une évaluation biopsychosociale. L'évaluation psychiatrique doit refléter l'ensemble des éléments biopsychosociaux ayant pu contribuer à l'apparition de la psychose ainsi que les aspects du fonctionnement psychosocial (incluant les aspirations personnelles du jeune). Il est aussi essentiel que les troubles mentaux qui coexistent soient considérés lors de l'évaluation biopsychosociale. Les risques (pour le jeune et son entourage), les antécédents personnels et familiaux, les traumatismes, la condition physique, les habitudes de consommation et les aspects du fonctionnement psychosocial doivent également être examinés⁶⁸. Le contexte socioculturel et les modèles explicatifs de la psychose ou de la maladie mentale du jeune et de son entourage sont également pertinents, puisqu'ils permettent d'adapter l'ensemble des enseignements qui seront réalisés par l'équipe lors du suivi.

Cette évaluation psychiatrique complète permet la formulation des recommandations d'évaluation ou d'investigations complémentaires, de traitement, d'interventions psychosociales et de soutien qui seront proposées par l'équipe du PPEP. Les résultats de cette évaluation biopsychosociale sont communiqués à l'utilisateur et à ses proches (lorsque l'utilisateur le permet) dans une approche respectueuse de ses fragilités, mais aussi de ses droits et de ses responsabilités.

3.6 Traitement pharmacologique

Tout au long du suivi, les intervenants soutiendront le maintien d'un traitement pharmacologique approprié, prescrit par le psychiatre, afin de limiter les risques de rechute. En effet, la prise d'une médication antipsychotique, à la plus petite dose efficace, réduit considérablement les risques de rechute et les hospitalisations tout en

⁶⁸ Early Psychosis Guidelines Writing Group and EPPIC National Support Program. (2016). *Op. cit.*

contribuant à un meilleur rétablissement clinique et fonctionnel⁶⁹. Il importe donc, que l'équipe du PPEP fasse preuve de souplesse et d'ouverture, qu'elle réponde aux questions du jeune et de ses proches et qu'elle considère leurs souhaits concernant la médication, la réduction des doses, la durée du traitement, son arrêt, etc. L'équipe du PPEP réévaluera le traitement pharmacologique régulièrement, en partenariat avec le jeune et ses proches, afin de s'assurer de sa pertinence, de son efficacité et de ses conséquences sur la vie de la personne suivie. Des interventions motivationnelles sont souvent requises pour favoriser l'adhésion au traitement. Une prise de décision partagée est souhaitable⁷⁰. L'objectif de l'équipe étant de réduire la durée de psychose non traitée et de soutenir le rétablissement, des démarches plus coercitives, telles que les demandes judiciaires en autorisation de soins, peuvent être nécessaires en cas de refus du jeune s'il est inapte à consentir. Le traitement pharmacologique à lui seul n'étant pas suffisant pour répondre à tous les besoins psychosociaux de la personne, il est essentiel que tous les intervenants concernés misent sur la reprise des projets de vie significatifs pour le jeune.

3.7 Interventions intégrant des techniques issues de l'approche cognitivo-comportementale

Selon les données probantes⁷¹ sur le traitement d'un PEP et l'intervention, le traitement pharmacologique par un antipsychotique doit être associé à des interventions intégrant des techniques issues de l'approche cognitivo-comportementale et à une intervention familiale⁷². Les interventions psychosociales pertinentes sont basées sur l'approche cognitivo-comportementale et sont offertes principalement par l'intervenant pivot. Ces interventions incluent de l'éducation psychologique sur la psychose et le traitement, la prévention des rechutes, l'entretien motivationnel, la gestion du stress et des symptômes, la réduction des méfaits, le soutien au rétablissement, etc. Dans certains cas, le jeune pourrait avoir besoin d'une psychothérapie. Ces situations surviennent entre autres lorsqu'il y a persistance des symptômes psychotiques ou de la détresse associée aux symptômes après quelques mois de traitement, lorsque d'autres troubles mentaux coexistent avec la psychose et nuisent au fonctionnement (dépression, troubles anxieux, etc.), lorsque le jeune présente une faible estime de soi, etc. L'équipe du PPEP doit donc avoir la possibilité de diriger le jeune vers un psychologue ou un psychothérapeute certifié (professionnel consultant, s'il n'y a pas de psychothérapeute dans l'équipe) afin qu'il bénéficie d'une psychothérapie.

⁶⁹ Mayoral-van Son *et al.* (2021). Long-term clinical and functional outcome after antipsychotic discontinuation in early phases of non-affective psychosis: Results from the PAFIP-10 cohort. *Schizophrenia Research*, 232, 28-30.

⁷⁰ Artaud *et al.* (2020). Adherence to treatment in first episode psychosis : Acceptance, refusal, or ambivalent process?. *Canadian Journal of Community Mental Health*, 39(3), 17-31.

⁷¹ National Institute for Health and Care Excellence. (2014, 1^{er} mars). *Op. cit.*

⁷² Voir section 3.12 pour les détails.

3.8 Interventions concernant la santé physique

On note une réduction moyenne de l'espérance de vie des personnes présentant un trouble psychotique allant de 10 à 20 ans, les décès reliés à la santé physique étant généralement expliqués par des troubles cardiovasculaires, des maladies respiratoires ou des cancers^{73,74}. Le traitement pharmacologique, bien que son efficacité soit reconnue, est associé à des effets secondaires potentiels importants sur la santé physique, comme le gain de poids et le syndrome métabolique (environ 50 %) ⁷⁵. De plus, le taux de tabagisme (64 %) est élevé chez les jeunes suivis.

Vu la surreprésentation des troubles physiques associés à la psychose, il est essentiel que l'équipe du PPEP intègre les différents aspects de la santé physique dans le suivi des jeunes présentant un PEP. L'équipe du PPEP doit donc intégrer le suivi du bilan physique et des services-conseils en matière de saines habitudes de vie (nutrition, promotion de l'activité physique, arrêt du tabagisme, etc.) dans le plan d'intervention axé sur le rétablissement. L'équipe du PPEP doit également, dès l'admission, soutenir l'accès à un médecin de famille qui pourra poursuivre le suivi de la condition physique et mentale, même lorsque le jeune aura complété son suivi au PPEP. L'équipe du PPEP doit également orienter le jeune vers son médecin de famille ou un médecin consultant lorsque sa condition de santé le requiert.

3.9 Interventions pour les troubles mentaux coexistants

On observe une prévalence élevée de troubles mentaux qui coexistent avec la psychose⁷⁶, dont la dépression (40 %) ⁷⁷, les troubles anxieux et les états de stress post-traumatique (10-15 %) ⁷⁸, le trouble de personnalité limite et le trouble lié à l'usage de substances. En effet, la consommation de substances touche près de 60 % des jeunes qui sont suivis dans un PPEP⁷⁹. Les études ont démontré que cette consommation est associée à une évolution symptomatique et fonctionnelle

⁷³ Lawrence *et al.* (2013). The gap in life expectancy from preventable physical illness in psychiatric patients in Western Australia: Retrospective analysis of population based registers. *British Medical Journal*, 346.

⁷⁴ Correll *et al.* (2014). Cardiometabolic risk in patients with first-episode schizophrenia spectrum disorders. *JAMA Psychiatry*, 71(12), 1350-1363.

⁷⁵ Early Psychosis Guidelines Writing Group and EPPIC National Support Program. (2016). *Op. cit.*

⁷⁶ Strålin et Hetta. (2021). First episode psychosis: Register-based study of comorbid psychiatric disorders and medications before and after. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 271(2), 303-313.

⁷⁷ Upthegrove *et al.* (2017). Depression and schizophrenia: Cause, consequence, or trans-diagnostic Issue? *Schizophrenia Bulletin*, 43(2), 240-244.

⁷⁸ Achim *et al.* (2011). How prevalent are anxiety disorders in schizophrenia? A meta-analysis and critical review on a significant association. *Schizophrenia Bulletin*, 37(4), 811-821.

⁷⁹ Abdel-Baki *et al.* (2017). Symptomatic and functional outcomes of substance use disorder persistence 2 years after admission to a first-episode psychosis program. *Psychiatry Research*, 247, 113-119.

défavorable, peu importe la substance consommée. Les approches motivationnelle et cognitivo-comportementale sont préconisées pour le suivi de ces problématiques associées. Une attention particulière doit également être portée au vécu traumatique des jeunes afin qu'ils puissent recevoir un traitement spécialisé des séquelles psychologiques de ces traumatismes. De plus, le risque suicidaire particulièrement élevé dans les premières années suivant l'apparition de la psychose (10 %) ⁸⁰ peut être considérablement réduit par des interventions intensives visant le rétablissement et le bien-être ⁸¹.

Tous les troubles mentaux coexistants doivent être considérés lors de l'évaluation et du suivi du jeune. Le suivi intégré de la psychose et des autres troubles mentaux, à même le PPEP, est essentiel pour le rétablissement de la personne. Il doit être réalisé à l'aide d'approches et d'interventions appropriées pour ces conditions associées. Si les intervenants du PPEP ne disposent pas de l'expertise dans le traitement approprié de ces conditions associées, une collaboration avec une équipe spécialisée dans la problématique coexistante est souhaitable.

3.10 Interventions visant la réinsertion professionnelle et scolaire (ou le maintien en emploi et aux études)

En fonction des données probantes, l'équipe du PPEP offre des services de réinsertion professionnelle, de rattachement scolaire et de maintien en emploi et aux études, intégrés dans le PPEP ⁸². Dès son admission au programme, l'intervenant pivot et l'ensemble de l'équipe soutiennent le jeune dans le maintien, la reprise ou la recherche d'un projet de vie qui correspond à ses centres d'intérêt et l'aident à développer les compétences pour actualiser et maintenir son projet. En effet, puisque les résultats fonctionnels ont tendance à s'améliorer en début de suivi puis à plafonner ⁸³, il est essentiel que les interventions visant la réinsertion professionnelle et scolaire soient amorcées le plus tôt possible. De plus, les jeunes qui ne travaillent pas ou qui ne sont pas scolarisés après un an sont beaucoup plus susceptibles d'abandonner le traitement ⁸⁴. L'intervenant pivot travaille donc avec les organismes locaux dans le but de prévenir le décrochage scolaire et l'interruption de l'emploi, notamment par l'obtention d'accommodements et de soutien par les bureaux d'aide

⁸⁰ Walker *et al.* (2015). Mortality in mental disorders and global disease burden implications: A systematic review and meta-analysis. *JAMA Psychiatry*, 72(4), 334-341.

⁸¹ Anderson *et al.* (2018). Effectiveness of early psychosis intervention: Comparison of service users and nonusers in population-based health administrative data. *American Journal of Psychiatry*, 175(5), 443-452.

⁸² Abdel-Baki *et al.* (2013). Resumption of work or studies after first-episode psychosis: The impact of vocational case management. *Early Intervention in Psychiatry*, 7(4), 391-398.

⁸³ Mustafa *et al.* (2021). Unfinished business: Functional outcomes in a randomized controlled trial of a three-year extension of early intervention versus regular care following two years of early intervention for psychosis. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 145(1), 86-99.

⁸⁴ Maraj *et al.* (2019). Caught in the "NEET trap": The intersection between vocational inactivity and disengagement from an early intervention service for psychosis. *Psychiatric Services*, 70(4), 302-308.

aux étudiants en situation de handicap ou les aides pédagogiques individuels, les démarches pour obtenir un soutien financier approprié (ex. : aide financière aux études, programmes d'Emploi-Québec, etc.). Il établit donc des partenariats avec les ressources en emploi et en scolarisation de la communauté (entreprise sociale de réinsertion au travail, Emploi-Québec, carrefours jeunesse-emploi, commissions scolaires, écoles secondaires ou spécialisées, cégeps, universités, 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. L'intervenant pivot doit favoriser l'accès à des activités scolaires ou professionnelles en milieu habituel plutôt que de miser sur des ressources adaptées.

3.11 Interventions de groupe

Les activités de groupe sont également recommandées dans l'offre de services du PPEP, et ce, dès l'admission. Ces activités répondent à des besoins variés en plus de permettre aux jeunes de socialiser avec d'autres personnes qui partagent le même vécu qu'eux et ainsi de développer un sentiment d'appartenance à l'équipe du PPEP. Les activités de groupe intègrent des modalités variées : éducation psychologique, thérapie cognitivo-comportementale, approche motivationnelle pour l'abus de substances, activité physique, réadaptation de compétences, etc. Toutes ces modalités sont pertinentes, puisqu'elles permettent de couvrir plusieurs objectifs thérapeutiques tels qu'améliorer la condition physique et mentale, favoriser la reprise d'activités (de loisirs ou d'insertion professionnelle ou scolaire), réduire la consommation de substances, améliorer les habiletés sociales, développer des facteurs de protection individuelle, etc. Lorsque possible, les activités de groupe devraient s'adresser spécifiquement aux jeunes des PPEP. Toutefois, diverses stratégies visant la mise en place d'une offre de groupe sont à considérer lorsque nécessaire : groupes virtuels, groupes ouverts à une population qui a des intérêts ou des besoins similaires à celle du PPEP, groupes multi-PPEP, etc.

3.12 Soutien à la famille et à l'entourage

La famille et l'entourage des personnes qui vivent un PEP et de celles qui sont à risque accru de psychose doivent avoir accès à l'évaluation de leurs besoins psychosociaux. L'équipe du PPEP procède à cette évaluation des besoins de soutien des proches aidants. Elle fait celle-ci en respectant le consentement libre et éclairé de la personne admise, tout en lui expliquant les avantages de faire participer ses proches. Dans les situations où la personne admise refuse le contact avec ses proches, l'équipe du PPEP dirige les proches vers les services appropriés, disponibles dans leur région, par exemple les services offerts par le milieu communautaire destinés aux proches. L'équipe doit toujours reparler de l'échange d'informations avec les proches au jeune qui refuse initialement ces communications et proposer des interventions

qui respectent la confidentialité, mais également les besoins des proches. Par exemple, un jeune dont la famille est déjà au courant qu'il est suivi au PPEP pourrait refuser que ses parents soient rencontrés et s'impliquent dans son suivi, mais ces parents pourraient tout de même recevoir un enseignement psychologique général sur la psychose et son traitement.

L'équipe du PPEP offre des interventions familiales dès la première semaine de suivi. Ces interventions doivent tenir compte des caractéristiques linguistiques et culturelles des familles : l'équipe du PPEP ne doit pas hésiter à faire appel à des interprètes lorsque nécessaire. Ici, les interventions familiales désignent entre autres les rencontres d'éducation psychologique destinées à la famille et à l'entourage, les échanges avec les proches et l'intégration de ceux-ci dans l'élaboration du plan d'intervention visant le rétablissement du jeune. L'intervenant pivot est le principal responsable du soutien aux proches du jeune suivi : il communique régulièrement avec les proches (dans le respect des règles de confidentialité) afin d'assurer leur soutien et de favoriser le rétablissement du jeune. Les contacts avec la famille et l'entourage seront plus fréquents au début du suivi (une fois par semaine) et diminueront en fonction des étapes du rétablissement du jeune. Lorsque nécessaire, l'équipe du PPEP peut solliciter son spécialiste en approches familiales pour offrir un soutien et des interventions plus approfondies afin de travailler la dynamique familiale d'un jeune suivi ou encore de développer ou renforcer des capacités d'adaptation. L'équipe du PPEP doit entretenir un lien étroit avec les organismes susceptibles de répondre aux besoins des proches des personnes présentant des troubles mentaux. L'équipe du PPEP doit transmettre à la famille et à l'entourage, comme elle le transmet à la personne suivie, de l'information écrite en lien avec le rétablissement. Il peut s'agir de documents produits par le PPEP ou d'une liste de sites Internet de qualité. On doit y trouver des informations sur :

- Le diagnostic et le traitement de la psychose;
- Les parcours de rétablissement et de stabilisation;
- Le rôle du PPEP et les services qu'il offre;
- La façon d'obtenir de l'aide en cas d'urgence;
- Les services offerts par le milieu communautaire destinés aux proches;
- Le processus de transfert.

3.13 Continuité des soins : de l'entrée à la fin du suivi

La continuité des soins est essentielle au suivi du jeune par l'équipe du PPEP et doit être considérée à plusieurs étapes du suivi. En début de suivi, il est important que l'équipe du PPEP maintienne le lien avec le milieu qui a dirigé vers elle la personne, pourvu que celle-ci y consente. L'équipe du PPEP informe donc le milieu qui a dirigé vers elle la personne de l'orientation prise avec celle-ci et lui transmet les informations nécessaires à son rétablissement. Les informations transmises seront adaptées selon la nature du milieu afin qu'il y ait respect de la confidentialité de la

personne suivie. Le maintien des liens sera important tout au long du suivi, afin qu'il y ait continuité du partenariat, continuité des services, rétroaction sur la détection et sensibilisation au traitement rapide de la psychose.

De plus, si le jeune doit être hospitalisé, il est essentiel que l'équipe du PPEP reste en contact avec lui et l'équipe soignante qui assure les soins intra-hospitaliers. Une hospitalisation est un événement très stressant dans la vie d'un jeune, et l'équipe du PPEP doit s'assurer qu'il recevra le soutien nécessaire afin que cet événement soit le moins bouleversant possible. L'équipe du PPEP devra également visiter le jeune sur l'unité d'hospitalisation afin de poursuivre les démarches axées sur le rétablissement, lorsque possible. La communication avec l'équipe de soins intra-hospitaliers est aussi essentielle afin que le cap sur les objectifs de rétablissement du jeune soit maintenu. L'intervenant devrait participer aux réunions d'équipe de l'unité de soins et/ou aux rencontres bilans. Idéalement, le psychiatre du PPEP devrait poursuivre le suivi médical afin d'assurer une cohérence dans les soins offerts.

La continuité des soins et des services, spécialement de ceux destinés aux jeunes qui passent des services jeunesse aux services adultes, représente un défi particulièrement important pour le RSSS. En effet, jusqu'à un tiers des jeunes décrochent des services de santé lors de la transition des services jeunesse aux services adultes⁸⁵. Il est donc primordial que les équipes des PPEP assurent le suivi des jeunes de 12 à 35 ans, selon un continuum essentiel permettant d'éviter les bris de services. Ce continuum nécessite un travail d'arrimage et de concertation en réelle interdisciplinarité avec des intervenants ayant le savoir-faire en santé mentale des enfants et des adolescents ainsi qu'avec des intervenants ayant le savoir-faire en santé mentale des adultes.

Enfin, puisque le PPEP sert de « porte d'accès principal » aux personnes qui présentent un épisode psychotique, il est important que l'équipe du PPEP fasse des liens avec les autres services qui prendront la relève après la période de soins et services. Le transfert doit toujours être planifié, avec le jeune et ses proches, l'intervenant pivot et l'intervenant ou le service qui l'accueillera, et ce, de trois à six mois avant le transfert. La transition se fait plus ou moins graduellement selon les besoins cliniques. Le service est ciblé selon les besoins de la personne, en intensité de service, de façon que le même niveau de fonctionnement soit maintenu. Le jeune et ses proches doivent participer à la réflexion quant au niveau de services requis pour la suite du suivi thérapeutique. Il peut s'agir entre autres de médecins de famille, de services de SIM, de SIV ou de SIF/FACT, de l'équipe de santé mentale de première ligne ou des GMF. Idéalement, la personne admise au PPEP, l'intervenant du PPEP et le nouveau service qui l'accueillera participent à des rencontres de transfert. Avant le transfert, le jeune et ses proches doivent comprendre le fonctionnement de la prochaine équipe traitante. Le transfert doit être accompagné d'un plan

⁸⁵ Leavey *et al.* (2019). Improving mental health pathways and care for adolescents in transition to adult services (IMPACT): A retrospective case note review of social and clinical determinants of transition. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 54(8), 955-963.

d'intervention écrit et détaillé. Celui-ci spécifie les objectifs atteints et les objectifs à réaliser, les moyens pour y arriver de même que les situations à prévoir où une orientation vers des services plus intensifs est recommandée. L'intervenant pivot doit rester disponible (environ trois mois) pour l'intervenant vers qui la personne est transférée, afin de répondre à ses questions et de faciliter l'intégration de la personne dans le nouveau service. L'équipe du PPEP relancera aussi le jeune ou la nouvelle équipe afin de s'assurer du succès du transfert.

4 Processus cliniques au PPEP

En accord avec les articles 102 et 104 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux⁸⁶, un plan d'intervention axé sur le rétablissement est élaboré après le début des interventions de l'équipe du PPEP et est révisé minimalement tous les six mois, ou avant si la situation clinique l'exige. Ce plan a pour objectif le suivi de tous les aspects biopsychosociaux permettant l'atteinte des objectifs de rétablissement, de prévention des déficits fonctionnels et cognitifs ainsi que de maintien d'une bonne santé physique et mentale. Parmi ces aspects biopsychosociaux, on trouve, entre autres, le milieu de vie de la personne, sa situation financière, ses occupations, son réseau social et sa condition de santé. Le plan d'intervention inclut les composantes de la santé physique et l'ensemble des troubles mentaux qui coexistent, selon le cas. L'équipe du PPEP fait participer activement l'usager et ses proches à ce processus, qui doit être centré sur les objectifs de rétablissement de la personne tout en tenant compte des objectifs de traitement de la psychose. Le plan d'intervention est un outil clinique obligatoire rédigé par l'intervenant pivot, et ce, même si le jeune refuse d'y participer.

5 Soutien aux intervenants d'un PPEP

Les intervenants des PPEP offrent une grande variété d'interventions à des personnes qui présentent des besoins diversifiés et complexes dans un contexte de services offerts majoritairement dans la communauté. Ces intervenants doivent développer des connaissances et des habiletés leur permettant d'interagir avec tact et efficacité avec la personne qui vit un PEP et ses proches. Les intervenants des PPEP doivent posséder les compétences nécessaires pour favoriser l'alliance thérapeutique, l'engagement du jeune et son rétablissement. Ils doivent notamment connaître les stades du développement des jeunes et leurs réactions fréquentes face

⁸⁶ Gouvernement du Québec (2021, 1^{er} novembre). *Loi sur les services de santé et les services sociaux*. C. S-4.2. Récupéré le 11 mars 2022 de <http://legisquebec.gouv.qc.ca/fr/ShowDoc/cs/S-4.2>

à la maladie, à l'équipe traitante et à l'autorité en général. Les intervenants des PPEP doivent posséder des connaissances à jour sur les interventions à privilégier auprès des personnes qui vivent un PEP, en plus de posséder une excellente connaissance des caractéristiques de la communauté (ressources, particularités démographiques et culturelles, etc.) dans laquelle le PPEP est établi. Pour toutes ces raisons, il est essentiel que les intervenants se voient offrir le soutien nécessaire à leur pratique. La formation, le soutien clinique et la participation à des réunions cliniques axées sur les discussions de cas sont des éléments clés permettant le développement et le maintien des habiletés d'intervention auprès des personnes qui vivent un PEP.

L'équipe du PPEP doit bénéficier de formations liées aux défis les plus fréquemment rencontrés par les jeunes qu'elle suit, soit de formations liées, entre autres, à l'approche motivationnelle, à l'approche cognitivo-comportementale, à l'approche familiale, à l'approche par les forces, à l'intervention auprès de la personne suicidaire, à l'intervention de base pour PEP, etc. Les intervenants des PPEP devraient également être formés sur les cadres légaux, tant ceux qui régissent les soins et services offerts aux mineurs (Loi sur la protection de la jeunesse, Loi sur le système de justice pénale pour les adolescents, etc.) que ceux qui relèvent de la psychiatrie (garde préventive, garde provisoire, garde en établissement, ordonnances de traitement et d'hébergement, etc.). Selon les spécialités des intervenants, d'autres formations pourraient s'ajouter, comme l'intervention auprès des familles, la réinsertion au travail ou aux études, la réduction des méfaits, la diversité culturelle, etc. Afin de développer et conserver leur spécificité en matière de détection et d'intervention précoce pour la psychose, les intervenants des PPEP doivent se soutenir entre eux, tant à l'intérieur de leur équipe qu'entre équipes de PPEP. Les équipes de PPEP peuvent également compter sur le soutien du conseiller aux établissements volet PEP du MSSS.

Le soutien clinique, offert par le chef d'équipe, est un aspect essentiel du soutien aux intervenants. Le soutien clinique va au-delà de la réponse aux questions ponctuelles des intervenants de l'équipe. Il doit être offert en individuel, de manière régulière et planifiée, à tous les intervenants de l'équipe. Des rencontres mensuelles sont recommandées pour permettre au chef d'équipe d'aider les intervenants à développer leurs compétences et de les appuyer dans l'actualisation d'interventions cohérentes avec le PPEP, ce qui permet l'amélioration de la qualité des services offerts. Des rencontres de soutien de groupe peuvent aussi être planifiées.

La participation fréquente à des réunions pour l'ensemble des membres de l'équipe, incluant les psychiatres, est également essentielle. Ces réunions

hebdomadaires, dont les échanges sont majoritairement dirigés vers les discussions de cas, présentent plusieurs avantages. Elles permettent aux membres de l'équipe⁸⁷ :

- De prendre des décisions d'équipe face à des situations complexes, ce qui contribue à diminuer leur sentiment d'isolement;
- De réfléchir à de nouvelles pistes d'intervention créatives pour favoriser le rétablissement des jeunes suivis;
- De faire de nouveaux apprentissages par le partage de connaissances.

Les ESSS ont la responsabilité de fournir aux intervenants les moyens de remplir leur mandat d'intervention de proximité en s'assurant qu'ils ont les moyens de transport requis. Ils ont également le mandat de soutenir les intervenants des PPEP en assurant leur sécurité, particulièrement durant les interventions dans la communauté. Une formation spécifique à cet égard doit être offerte aux intervenants. Le matériel de protection pour la voiture et l'équipement de protection individuelle doivent être mis à la disposition des intervenants, tout comme les cellulaires, qui leur permettent de garder une communication constante entre eux et avec les services d'urgence au besoin. Du matériel électronique doit également être disponible afin de permettre la téléconsultation des jeunes qui sont plus difficiles à joindre par les mécanismes d'accès habituels.

6 Suivi du fonctionnement et de la performance

Par le présent cadre de référence, le MSSS vise à assurer l'équité d'accès et une offre de services harmonisés, s'appuyant sur des données probantes, sur l'ensemble du territoire. Pour atteindre ses objectifs, chaque ESSS qui offre un PPEP doit mettre 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.

Dans un premier temps, le MSSS a déployé, en novembre 2021, le formulaire *GESTRED 51900 : suivi des investissements pour les PPEP* auprès de tous les ESSS responsables d'offrir des services pour les PEP. Ce formulaire, rempli trois fois par année (périodes financières 3, 9 et 13), permet de recueillir des renseignements relatifs à la situation des ressources humaines dans les PPEP ainsi qu'au nombre de places accessibles à la population pour ces programmes. Chaque ESSS disposant de plus d'un PPEP compilera ses données distinctement par programme. Les données recueillies permettront donc de dresser un portrait complet de l'offre de services des PPEP au Québec. Pour permettre l'harmonisation des données recueillies, un guide de saisie a été élaboré et remis à chaque ESSS.

⁸⁷ Rapp et Goscha. (2006). *The strengths model: Case management with people with psychiatric disabilities* (2^e éd.). Oxford University Press.

Dans un deuxième temps, chaque **équipe de PPEP de trois ETC et plus** est maintenant assujettie tous les deux ans à un processus d'homologation par le MSSS. Ce processus d'appréciation de la pratique vise à guider les équipes dans l'amélioration continue de leur PPEP. Il sera mis en place par le conseiller aux établissements volet PEP du MSSS, qui assurera un suivi et du soutien dans l'atteinte ou le maintien des objectifs de qualité et des normes de pratique des PPEP. Le processus d'homologation, incluant le questionnaire prévisite, est détaillé dans un autre document : *Le processus d'homologation des programmes pour premiers épisodes psychotiques : soutenir l'application des meilleures pratiques*. Pour les ESSS dont les services pour PEP sont assurés par des équipes en santé mentale (SIF/FACT, SIV ou santé mentale jeunesse), le processus d'homologation déjà en vigueur pour ces équipes sera privilégié. Les caractéristiques essentielles de la pratique pour PEP seront évaluées à l'aide d'une annexe au questionnaire prévisite. Une section sera ajoutée au rapport d'homologation, section qui abordera spécifiquement la pratique auprès du jeune présentant un PEP.

Les objectifs de qualité et les normes de pratique des PPEP sont présentés dans les tableaux suivants. Ces paramètres servent d'indicateurs relatifs au contrôle et au suivi de la qualité de chacun des programmes. La présente section vise donc à clarifier le processus qui sera mis en place pour apprécier la pratique pour PEP et à spécifier aux équipes les éléments évalués, afin qu'elles puissent se préparer à l'exercice. Le processus d'appréciation de la pratique pour PEP sera adapté à la composition de l'équipe qui offre le service.

Modalités organisationnelles d'un PPEP	
Objectifs de qualité	Normes de pratique
Offrir des services à la population visée	Le PPEP est offert à toute personne âgée de 12 à 35 ans qui présente des symptômes d'un trouble psychotique ou qui est considérée comme à risque accru de psychose et qui n'a jamais été traitée pour une psychose (ou qui ne l'a été que pendant une période de 12 mois ou moins).
	Il n'y a pas de critères d'exclusion concernant les diagnostics associés.
Avoir des mécanismes d'accès au PPEP bien connus, faciles et rapides	L'analyse de la situation de la personne dirigée vers le PPEP est faite en moins de 72 heures.
	Si la demande est retenue, une évaluation psychiatrique est réalisée dans les délais prévus (pour un PEP : 15 jours si stable, 7 jours si instable, 24 h si situation de crise; pour une personne à risque accru de psychose : 30 jours si stable, 15 jours si instable). L'ensemble du suivi (psychiatre et intervenant) débute dès l'évaluation, sans délai.

Assurer des effectifs suffisants pour offrir suffisamment de places afin d'assurer le suivi dans le milieu de chaque personne admise au PPEP	Un requis de 3 intervenants ETC (hors Montréal) ou de 3,75 intervenants ETC (sur l'île de Montréal) pour 100 000 habitants est respecté. Le chef d'équipe est inclus dans ce ratio, mais pas les professionnels consultants, ni les effectifs médicaux et les effectifs de soutien administratif.
	Le ratio de personnes activement suivies au PPEP par intervenant ETC est en moyenne de 16 pour 1.
	Le ratio de personnes activement suivies au PPEP par psychiatre ETC est en moyenne de 80 pour 1.
	L'équipe est disponible pour répondre aux besoins des jeunes suivis : les membres de l'équipe consacrent la majorité de leur temps de travail au PPEP, et l'horaire de travail est modulable en fonction des besoins des personnes suivies.
Réunir, dans une même équipe interdisciplinaire, l'expertise et le savoir-faire d'intervenants diversifiés	L'équipe interdisciplinaire attitrée au PPEP est composée de ressources humaines variées agissant comme intervenants pivots. L'équipe attitrée au PPEP inclut au moins un psychiatre et un infirmier. Certains intervenants développent une spécialité propre à l'intervention auprès des jeunes psychotiques (en réinsertion socioprofessionnelle et scolaire, en approches familiales, en toxicomanie, en approche cognitivo-comportementale).
	L'équipe du PPEP peut consulter aisément les professionnels consultants lorsque cela est nécessaire à l'évaluation ou au rétablissement des jeunes suivis au PPEP (pair aidant, travailleur social, psychoéducateur, ergothérapeute, psychologue, neuropsychologue, kinésologue ou éducateur physique, conseiller d'orientation, nutritionniste, sexologue, criminologue, médecin de famille, pédiatre, pharmacien, neurologue).
Offrir un suivi thérapeutique dont la durée est optimale	La durée du suivi varie de trois à cinq ans et est établie selon le jugement clinique de l'équipe du PPEP, en partenariat avec le jeune et son entourage.

Modalités cliniques d'un PPEP	
Objectifs de qualité	Normes de pratique
Assurer un suivi de type <i>case management</i> adapté au jeune	Chaque personne admise au PPEP se voit attribuer rapidement un intervenant pivot qui utilise les approches pertinentes (approche axée sur le rétablissement, approche cognitivo-comportementale, approche par les forces et services <i>youth-friendly</i>).
Assurer l'intervention	Le taux d'abandon des services du PPEP est de moins de 10 % par année.

intensive de proximité dans le milieu de vie du jeune	L'équipe du PPEP offre plus de 50 % des suivis dans la communauté.
	Les intervenants du PPEP ont des liens étroits avec des membres de la communauté afin de faciliter l'intégration des personnes suivies dans le programme.
	Les personnes suivies sont rencontrées en moyenne une fois par semaine par un intervenant du PPEP.
	Les personnes suivies sont rencontrées en moyenne une fois toutes les trois semaines par leur psychiatre du PPEP.
Offrir des activités de sensibilisation à la psychose à la communauté	L'équipe du PPEP réalise chaque année au moins trois activités de sensibilisation à la psychose auprès des organismes travaillant auprès des personnes susceptibles de présenter des psychoses et de ses partenaires.
Offrir des interventions de démarchage (<i>outreach</i>)	L'équipe du PPEP va à la rencontre des jeunes qui ne cherchent pas d'aide, mais qui présentent des symptômes de psychose.
Procéder à une évaluation biopsychosociale complète	L'évaluation psychiatrique, avec la contribution de l'intervenant pivot, doit être réalisée auprès de tous les jeunes admis au PPEP. Elle doit refléter l'ensemble des éléments biopsychosociaux ayant pu contribuer à l'apparition de la psychose ainsi que les aspects du fonctionnement psychosocial.
Assurer le traitement d'un PEP	L'équipe du PPEP offre un antipsychotique (selon les guides de pratique) à chaque personne qui vit un PEP admise au PPEP, en privilégiant les faibles doses et en tenant compte des difficultés d'observance et de la résistance au traitement dans ses choix.
Déployer des interventions psychosociales variées répondant à l'ensemble des besoins du jeune	L'équipe du PPEP offre des interventions intégrant des techniques issues de l'approche cognitivo-comportementale à chaque personne qui vit un PEP admise au PPEP.
	L'équipe du PPEP offre un suivi du bilan physique et des services-conseils en matière de saines habitudes de vie à chaque personne qui vit un PEP admise au PPEP.
	L'équipe du PPEP offre à chaque personne présentant un trouble mental coexistant, incluant la toxicomanie, un traitement et/ou une intervention appropriés à son trouble.
	L'équipe du PPEP offre des services de réinsertion professionnelle, de raccrochage scolaire et de maintien en emploi et aux études dès l'entrée dans le programme. Les services de réinsertion professionnelle et scolaire sont intégrés au PPEP.
	L'équipe du PPEP offre des interventions de groupe à chaque personne qui vit un PEP admise au PPEP.

Assurer le soutien aux proches	L'équipe du PPEP réalise l'évaluation des besoins des proches de chaque personne qui vit un PEP admise au PPEP et qui est en contact avec une personne de sa famille ou de son entourage.
	L'équipe du PPEP offre des interventions familiales à chaque personne qui vit un PEP admise au PPEP et qui est en contact avec une personne de sa famille ou de son entourage.
Assurer la continuité des soins	L'équipe du PPEP maintient le lien avec le milieu qui a dirigé vers elle le jeune.
	L'équipe du PPEP assure le suivi des jeunes selon un continuum essentiel permettant d'éviter les bris de services entre la pédopsychiatrie et la psychiatrie de l'adulte.
	L'équipe (intervenant pivot et psychiatre) assure le suivi du jeune même durant les périodes d'hospitalisation.
	L'équipe établit des liens avec les autres services qui prendront la relève après la période de soins et assure une transition jusqu'à ce que le transfert soit fait.

Processus cliniques au PPEP	
Objectif de qualité	Norme de pratique
Maintenir à jour un plan d'intervention axé sur le rétablissement	Chaque plan d'intervention axé sur le rétablissement est mis à jour tous les six mois en collaboration avec le jeune et ses proches, si le jeune y consent.

Soutien aux intervenants d'un PPEP	
Objectif de qualité	Normes de pratique
Offrir du soutien aux intervenants	Chaque équipe du PPEP dispose d'une réunion clinique structurée chaque semaine.
	Le chef d'équipe du PPEP dispose d'au moins une heure par mois par intervenant pour du soutien clinique.
	Tous les intervenants du PPEP obtiennent la formation (formation de base et formation continue) nécessaire à la pratique spécialisée auprès des jeunes présentant un PEP.

Annexe : organisation des services dans les régions où le PPEP est intégré dans une autre équipe en santé mentale

Tous les ESSS responsables d'offrir des services en santé mentale se doivent d'offrir des services de proximité au jeune présentant un PEP, peu importe où celui-ci demeure sur le territoire. Bien que l'ensemble des objectifs de qualité et des normes de pratique des PPEP doivent être respectés, certains éléments devront être adaptés à la réalité des équipes intervenant sur des territoires peu densément peuplés :

- **Modalités d'accès :** les demandes de suivi pour les PEP doivent être traitées par les responsables des admissions des programmes SIF/FACT, SIV ou santé mentale jeunesse dans les délais reconnus pour les PEP (24-72 h). Une rencontre d'évaluation psychiatrique doit également avoir lieu dans les délais reconnus (voir section 2.2). L'évaluation psychiatrique sera réalisée par un psychiatre du territoire servi par l'équipe SIF/FACT ou SIV (ou santé mentale jeunesse).
- **Composition de l'équipe :** l'intervenant pour PEP fait partie de l'équipe SIF/FACT ou SIV (ou santé mentale jeunesse) à laquelle il est rattaché. Afin d'offrir des services de qualité et de proximité aux jeunes qu'il suit, il établit un partenariat avec un psychiatre ainsi qu'avec un infirmier du territoire servi par son équipe. C'est ce psychiatre qui assure l'évaluation du jeune ainsi que le suivi psychiatrique associé à sa condition. L'infirmier est, quant à lui, responsable de gérer ou d'administrer le traitement, selon les besoins du jeune suivi. Les intervenants spécialistes en PEP ainsi que le psychiatre et l'infirmier forment alors une équipe de PPEP, à l'intérieur de l'équipe SIF/FACT ou SIV (ou santé mentale jeunesse).
- **Modalités cliniques :** toutes les modalités cliniques doivent être respectées pour les PPEP intégrés aux programmes SIF/FACT ou SIV (ou santé mentale jeunesse). Une nuance peut toutefois être apportée pour les groupes. En effet, vu le faible volume de participants potentiels à ces activités, on ne s'attend pas à ce que le PPEP offre lui-même des groupes, mais plutôt qu'il s'arrime à d'autres programmes (PEP ou autres services) qui pourraient offrir cette modalité. Les groupes virtuels sont une avenue à considérer.
- **Soutien aux intervenants :** afin d'assurer le maintien de l'expertise en matière de PEP dans l'équipe SIF/FACT ou SIV (ou santé mentale jeunesse), il est fortement recommandé d'avoir au moins deux intervenants de l'équipe formés à l'approche pour PEP. Ceux-ci peuvent se soutenir entre eux, mais également compter sur le soutien de leurs collègues de l'équipe SIF/FACT ou SIV (ou santé mentale jeunesse) lorsque les jeunes suivis ont besoin d'une fréquence élevée de rencontres ou lorsqu'ils s'absentent lors des congés annuels, par exemple. Les intervenants spécialistes en PEP participent aux rencontres de l'équipe SIF/FACT ou SIV (ou santé mentale jeunesse) et y discutent des jeunes dont ils assurent le suivi. Ils bénéficient également de soutien clinique par la personne chargée

d'offrir ce soutien à l'équipe SIF/FACT ou SIV (ou santé mentale jeunesse). Dans les situations où la problématique clinique est plus complexe et que l'équipe a besoin d'un soutien plus approfondi en lien avec la pratique pour PEP, elle devra communiquer avec le chef d'équipe d'un PPEP autonome de son CISSS ou CIUSSS afin d'obtenir ce soutien. Un contact pourrait également être établi avec le psychiatre de ce PPEP pour un 2^e avis concernant le diagnostic ou le traitement à proposer. Afin de bien s'imprégner de l'approche pour PEP, l'intervenant spécialiste en PEP intégré à l'équipe SIF/FACT ou SIV (ou santé mentale jeunesse) pourrait ainsi participer régulièrement à des réunions de discussions de cas avec l'équipe de PEP à laquelle il est rattaché ainsi qu'aux activités de formation continue de cette équipe.

Liste de références

- Abdel-Baki, A., Létourneau, G., Morin, C. et Ng, A. (2013). Resumption of work or studies after first-episode psychosis: The impact of vocational case management. *Early Intervention in Psychiatry*, 7(4), 391-398. doi:10.1111/eip.12021
- Abdel-Baki, A., Ouellet-Plamondon, C., Salvat, É., Grar, K. et Potvin, S. (2017). Symptomatic and functional outcomes of substance use disorder persistence 2 years after admission to a first-episode psychosis program. *Psychiatry Research*, 247, 113-119. doi:10.1016/j.psychres.2016.11.007
- Aceituno, D., Vera, N., Prina, A. M. et McCrone, P. (2019). Cost-effectiveness of early intervention in psychosis: Systematic review. *The British Journal of Psychiatry*, 215(1), 388-394. doi:10.1192/bjp.2018.298
- Achim, A. M., Maziade, M., Raymond, É., Olivier, D., Mérette, C. et Roy, M. A. (2011). How prevalent are anxiety disorders in schizophrenia? A meta-analysis and critical review on a significant association. *Schizophrenia Bulletin*, 37(4), 811-821. doi:10.1093/schbul/sbp148
- Albert, N., Melau, M., Jensen, H., Emborg, C., Jepsen, J. R. M., Fagerlund, B., Glud, C., Mors, O., Hjorthoj, C. et Nordentoft, M. (2017, 12 janvier). 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). *British Medical Journal*, 356, 1-14. doi:10.1136/bmj.i6681
- Alderson, H. L., Semple, D. M., Blayney, C., Queirazza, F., Chekuri, V. et Lawrie, S. M. (2017). Risk of transition to schizophrenia following first admission with substance-induced psychotic disorder: A population-based longitudinal cohort study. *Psychological Medicine*, 47(14), 2548-2555. doi:10.1017/S0033291717001118
- Allott, K., Steele, P., Boyer, F., de Winter, A., Bryce, S., Alvarez-Jimenez, M. et Phillips, L. (2020). Cognitive strengths-based assessment and intervention in first-episode psychosis: A complementary approach to addressing functional recovery?. *Clinical Psychology Review*, 79. doi:10.1016/j.cpr.2020.101871
- American Psychiatric Association. (2015). Spectre de la schizophrénie et autres troubles psychotiques. Dans *DSM-5 : manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux* (5^e éd., p. 109-155). Elsevier Masson. <https://psychclinicfiles.wordpress.com/2020/03/dsm-5-manuel-diagnostique-et-statistique-des-troubles-mentaux.pdf>

- Anderson, K. K., Norman, R., MacDougall, A., Edwards, J., Palaniyappan, L., Lau, C. et Kurdyak, P. (2018). Effectiveness of early psychosis intervention: Comparison of service users and nonusers in population-based health administrative data. *American Journal of Psychiatry*, 175(5), 443-452. doi:10.1176/appi.ajp.2017.17050480
- Artaud, L., Abdel-Baki, A., Nolin, M. et Rousseau, C. (2020). Adherence to treatment in first episode psychosis: Acceptance, refusal, or ambivalent process?. *Canadian Journal of Community Mental Health*, 39(3), 17-31. doi:10.7870/cjcmh-2020-018
- Association des intervenants en dépendance du Québec. (s.d.). *Réduction des méfaits*. <https://aidq.org/reduction-des-mefaits>
- Association des psychiatres du Canada. (2006, mars). *Wait time benchmarks for patients with serious psychiatric illnesses*. https://www.cpa-apc.org/wp-content/uploads/Wait-times-CPA_policy_paper_1-web-EN.pdf
- Association francophone de diffusion de l'entretien motivationnel. (s.d.). *L'entretien motivationnel*. <https://afdem.org/entretienmotivationnel/>
- Association québécoise pour la réadaptation psychosociale. (s.d.). *Rôle du pair aidant*. <https://aqrp-sm.org/groupe-mobilisation/pairs-aidants-reseau/role/>
- Bertolote, J. et McGorry, P. (2005). Early intervention and recovery for young people with early psychosis: Consensus statement. *The British Journal of Psychiatry*, 187(s48), s116-s119. doi:10.1192/bjp.187.48.s116
- Bertulies-Esposito, B., Iyer, S. et Abdel-Baki, A. (2022). The impact of policy changes, dedicated funding and implementation support on early intervention programs for psychosis. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 1-13. doi:10.1177/07067437211065726
- Bertulies-Esposito, B., Nolin, M., Iyer, S. N., Malla, A., Tibbo, P., Otter, N., Ferrari, M. et Abdel-Baki, A. (2020). Où en sommes-nous? An overview of successes and challenges after 30 years of early intervention services for psychosis in Quebec. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 65(8), 536-547. doi:10.1177/0706743719895193
- Birchwood, M. (2014). Early intervention in psychosis services: The next generation. *Early Intervention in Psychiatry*, 8(1), 1-2. doi:10.1111/eip.12124
- Bosnjak Kuharic, D., Kekin, I., Hew, J., Rojnic Kuzman, M. et Puljak, L. (2019). Interventions for prodromal stage of psychosis. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 11. doi:10.1002/14651858.CD012236.pub2

- Chang, W. C., Chan, G. H. K., Jim, O. T. T., Lau, E. S. K., Hui, C. L. M., Chan, S. K. W., Lee, E. H. M. et Chen, E. Y. H. (2015). Optimal duration of an early intervention programme for first-episode psychosis: Randomised controlled trial. *The British Journal of Psychiatry*, 206(6), 492-500. doi:10.1192/bjp.bp.114.150144
- Chang, W. C., Kwong, V. W. Y., Chan, G. H. K., Jim, O. T. T., Lau, E. S. K., Hui, C. L. M., Chan, S. K. W., Lee, E. H. M. et Chen, E. Y. H. (2016). Prediction of functional remission in first-episode psychosis: 12-month follow-up of the randomized-controlled trial on extended early intervention in Hong Kong. *Schizophrenia Research*, 173(1-2), 79-83. doi:10.1016/j.schres.2016.03.016
- Connor, C., Birchwood, M., Freemantle, N., Palmer, C., Channa, S., Barker, C., Patterson, P. et Singh, S. (2016). Don't turn your back on the symptoms of psychosis: The results of a proof-of-principle, quasi-experimental intervention to reduce duration of untreated psychosis. *BMC Psychiatry*, 16(127). doi:10.1186/s12888-016-0816-7
- Correll, C. U., Galling, B., Pawar, A., Krivko, A., Bonetto, C., Ruggeri, M., Craig, T. J., Nordentoft, M., Srihari, V. H., Guloksuz, S., Hui, C. L. M., Chen, E. Y. H., Valencia, M., Juarez, F., Robinson, D. G., Schooler, N. R., Brunette, M. F., Mueser, K. T., Rosenheck, R. A., ... Kane, J. M. (2018). Comparison of early intervention services vs treatment as usual for early-phase psychosis. *JAMA Psychiatry*, 75(6), 555-565. doi:10.1001/jamapsychiatry.2018.0623
- Correll, C. U., Robinson, D. G., Schooler, N. R., Brunette, M. F., Mueser, K. T., Rosenheck, R. A., Marcy, P., Addington, J., Estroff, S. E., Robinson, J., Penn, D. L., Azrin, S., Goldstein, A., Severe, J., Heinssen, R. et Kane, J. M. (2014). Cardiometabolic risk in patients with first-episode schizophrenia spectrum disorders. *JAMA Psychiatry*, 71(12), 1350-1363. doi:10.1001/jamapsychiatry.2014.1314
- Davies, C., Cipriani, A., Ioannidis, J. P. A., Radua, J., Stahl, D., Provenzani, U., McGuire, P. et Fusar-Poli, P. (2018). Lack of evidence to favor specific preventive interventions in psychosis: A network meta-analysis. *World Psychiatry*, 17(2), 196-209. doi:10.1002/wps.20526
- Early Psychosis Guidelines Writing Group and EPPIC National Support Program. (2016). *Australian Clinical Guidelines for Early Psychosis* (2^e éd.). Orygen, The National Centre of Excellence in Youth Mental Health. <https://www.orygen.org.au/Campus/Expert-Network/Resources/Free/Clinical-Practice/Australian-Clinical-Guidelines-for-Early-Psychosis/Australian-Clinical-Guidelines-for-Early-Psychosis.aspx?ext=>
- Early Psychosis Prevention and Intervention Centre. (2012). *Le case management dans la psychose débutante : un manuel* (P. Conus, A. Maire et A. Polari, trad.). Orygen, The National Centre of Excellence in Youth Mental Health.

<https://institutdepsychiatrie.org/wp-content/uploads/2020/04/Case-management-manuel-franc%CC%A7ais.pdf>

- Fusar-Poli, P., Davies, C., Solmi, M., Brondino, N., De Micheli, A., Kotlicka-Antczak, M., Shin, J. I. et Radua, J. (2019). Preventive treatments for psychosis: Umbrella review (just the evidence). *Frontiers in Psychiatry*, 10, 764. doi:10.3389/fpsy.2019.00764
- Fusar-Poli, P., De Micheli, A., Patel, R., Signorini, L., Miah, S., Spencer, T. et McGuire, P. (2020). Real-world clinical outcomes two years after transition to psychosis in individuals at clinical high risk: Electronic health record cohort study. *Schizophrenia Bulletin*, 46(5), 1114-1125. doi:10.1093/schbull/sbaa040
- Fusar-Poli, P., McGorry, P. D. et Kan, J. M. (2017). Improving outcomes of first-episode psychosis: An overview. *World Psychiatry*, 16(3), 251-265. doi:10.1002/wps.20446
- Fusar-Poli, P., Nelson, B., Valmaggia, L., Yung, A. R. et McGuire, P. K. (2014). Comorbid depressive and anxiety disorders in 509 individuals with an at-risk mental state: Impact on psychopathology and transition to psychosis. *Schizophrenia Bulletin*, 40(1), 120-131. doi:10.1093/schbul/sbs136
- Fusar-Poli, P., Rocchetti, M., Sardella, A., Avila, A., Brandizzi, M., Caverzasi, E., Politi, P., Ruhrmann, S. et McGuire, P. (2015). Disorder, not just state of risk: Meta-analysis of functioning and quality of life in people at high risk of psychosis. *The British Journal of Psychiatry*, 207(3), 198-206. doi: 10.1192/bjp.bp.114.157115
- Fusar-Poli, P., Spencer, T., De Micheli, A., Curzi, V., Nandha, S. et McGuire, P. (2020). Outreach and support in South-London (OASIS) 2001-2020: Twenty years of early detection, prognosis and preventive care for young people at risk of psychosis. *European Neuropsychopharmacology*, 39, 111-122. doi:10.1016/j.euroneuro.2020.08.002
- Gouvernement du Québec (2021, 1^{er} novembre). *Loi sur les services de santé et les services sociaux*. C. S-4.2. Récupéré le 11 mars 2022 de <http://legisquebec.gouv.qc.ca/fr/ShowDoc/cs/S-4.2>
- Hawke, L. D., Mehra, K., Settapani, C., Relihan, J., Darnay, K., Chaim, G. et Henderson, J. (2019). What makes mental health and substance use services youth friendly? A scoping review of literature. *BMC Health Services Research*, 19(1), 257. doi:10.1186/s12913-019-4066-5
- Immonen, J., Jääskeläinen, E., Korpela, H., & Miettunen, J. (2016). Age at onset and the outcome of schizophrénais : A systematic review and meta-analysis. *Early Intervention in Psychiatry*, 11(6), 453-460. doi:10.1111/eip.12412

- Institut canadien d'information sur la santé. *Hospitalisations en raison de problèmes de santé mentale et de toxicomanie au Canada, 2018-2019*. Récupéré le 2 septembre 2021 de <https://www.cihi.ca/fr/hospitalisations-en-raison-de-problemes-de-sante-mentale-et-de-toxicomanie-au-canada-2019-2020>
- Kempton, M. J., Bonoldi, I., Valmaggia, L., Mc Guire, P. et Fusar-Poli, P. (2015). Speed of psychosis progression in people at ultra-high clinical risk: A complementary meta-analysis. *JAMA Psychiatry*, 72(6), 622-623. doi:10.1001/jamapsychiatry.2015.0094
- Kirkbride, J. B., Hameed, Y., Ankireddypalli, G., Ioannidis, K., Crane, C. M., Nasir, M., Kabacs, N., Metastasio, A., Jenkins, O., Espandian, A., Spyridi, S., Ralevic, D., Siddabattuni, S., Walden, B., Adeoye, A., Perez, J. et Jones, P. B. (2017). 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*, 174(2), 143-153. doi:10.1176/appi.ajp.2016.16010103
- Kurdyak, P., Mallia, E., de Oliveira, C., Carvalho, A. F., Kozloff, N., Zaheer, J., Tempelaar, W. M., Anderson, K. K., Correll, C. U. et Voineskos, A. N. (2021). Mortality after the first diagnosis of schizophrenia-spectrum disorders: A population-based retrospective cohort study. *Schizophrenia Bulletin*, 47(3), 864-874. doi:10.1093/schbul/sbaa180
- Lally, J., Ajnakina, O., Stubbs, B., Cullinane, M., Murphy, K. C., Gaughran, F. et Murray, R. M. (2017). Remission and recovery from first-episode psychosis in adults: Systematic review and meta-analysis of long-term outcome studies. *The British Journal of Psychiatry*, 211(6), 350-358. doi:10.1192/bjp.bp.117.201475
- Lawrence, D., Hancock, K. J. et Kisely, S. (2013). The gap in life expectancy from preventable physical illness in psychiatric patients in Western Australia: Retrospective analysis of population based registers. *British Medical Journal*, 346. doi:10.1136/bmj.f2539
- Leavey, G., McGrellis, S., Forbes, T., Thampi, A., Davidson, G., Rosato, M., Bunting, B., Divin, N., Hughes, L., Toal, A., Paul, M. et Singh, S. (2019). Improving mental health pathways and care for adolescents in transition to adult services (IMPACT): A retrospective case note review of social and clinical determinants of transition. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 54(8), 955-963. doi:10.1007/s00127-019-01684-z
- Lee, T. Y., Lee, J., Kim, M., Choe, E. et Kwon, J. S. (2018). Can we predict psychosis outside the clinical high-risk state? A systematic review of non-psychotic risk syndromes for mental disorders. *Schizophrenia Bulletin*, 44(2), 276-285. doi:10.1093/schbul/sbx173

- Malla, A., Joobar, R., Iyer, S., Norman, R., Schmitz, N., Brown, T., Lutgens, D., Jarvis, E., Margolese, H. C., Casacalenda, N., Abdel-Baki, A., Latimer, E., Mustafa, S. et Abadi, S. (2017). Comparing three-year extension of early intervention service to regular care following two years of early intervention service in first-episode psychosis: A randomized single blind clinical trial. *World Psychiatry*, *16*(3), 278-286. doi:10.1002/wps.20456
- Maraj, A., Mustafa, S., Joobar, R., Malla, A., Shah, J. L. et Iyer, S. N. (2019). Caught in the “NEET trap”: The intersection between vocational inactivity and disengagement from an early intervention service for psychosis. *Psychiatric Services*, *70*(4), 302-308. doi:10.1176/appi.ps.201800319
- Mayoral-van Son, J., Juncal-Ruiz, M., Ortiz-García de la Foz, V., Vásquez-Bourgon, J., Setién-Suero, E., Tordesillas-Gutiérrez, D., Gómez-Revuelta, M., Ayesa-Arriola, R. et Crespo-Facorro, B. (2021). Long-term clinical and functional outcome after antipsychotic discontinuation in early phases of non-affective psychosis: Results from the PAFIP-10 cohort. *Schizophrenia Research*, *232*, 28-30. doi:10.1016/j.schres.2021.04.011
- McDonald, K., Ding, T., Ker, H., Dliwayo, T. R., Osborn, D. P. J., Wohland, P., Coid, J. W., French, P., Jones, P. B., Baio, G. et Kirkbride, J. B. (2021). Using epidemiological evidence to forecast population need for early treatment programmes in mental health: A generalisable Bayesian prediction methodology applied to and validated for first-episode psychosis in England. *The British Journal of Psychiatry*, *219*(1), 383-391. doi:10.1192/bjp.2021.18
- McGorry, P. D., Hartmann, J. A., Spooner, R. et Nelson, B. (2018). Beyond the “at risk mental state” concept: Transitioning to transdiagnostic psychiatry. *World Psychiatry*, *17*(2), 133-142. doi:10.1002/wps.20514
- McKinlay, E., Morgan, S., Garrett, S., Dunlop, A. et Pullon, S. (2021). Young peoples’ perspectives about care in a youth-friendly general practice. *Journal of Primary Health Care*, *13*(2), 157-164. doi:10.1071/HC20134
- Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2002). *Lignes directrices pour l’implantation de mesures de soutien dans la communauté en santé mentale*. Gouvernement du Québec.
<http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2002/02-844-03.pdf>
- Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2017a). *La mise en place et le maintien de pratiques axées sur le rétablissement: guide d’accompagnement*. Gouvernement du Québec.
<https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2017/17-914-03W.pdf>

- Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2017b). *Plan d'action en santé mentale 2015-2020 : faire ensemble et autrement*. Gouvernement du Québec. <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2017/17-914-17W.pdf>
- Mustafa, S. S., Malla, A., Joobar, R., Abadi, S., Latimer, E., Schmitz, N., Jarvis, G. E., Margolese, H. C., Casacalenda, N., Abdel-Baki, A. et Iyer, S. N. (2022). Unfinished business: Functional outcomes in a randomized controlled trial of a three-year extension of early intervention versus regular care following two years of early intervention for psychosis. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 145(1), 86-99. doi:10.1111/acps.13377
- National Institute for Health and Care Excellence. (2014, 1^{er} mars). *Psychosis and schizophrenia in adults: Prevention and management*. <https://www.nice.org.uk/guidance/cg178>
- National Institute for Health and Care Excellence. (2016, 26 octobre). *Psychosis and schizophrenia in children and young people: Recognition and management*. <https://www.nice.org.uk/guidance/cg155>
- Nolin, M., Malla, A., Tibbo, P., Norman, R. et Abdel-Baki, A. (2016). Early intervention for psychosis in Canada: What is the state of affairs?. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 61(3), 186-194. doi:10.1177/0706743716632516
- O'Brien, A., Fahmy, R. et Singh, S. P. (2009). Disengagement from mental health services: A literature review. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 44(7), 558-568. doi:10.1007/s00127-008-0476-0
- Office des professions du Québec. (2013). *Loi modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé mentale et des relations humaines : guide explicatif*. Gouvernement du Québec. https://www.opq.gouv.qc.ca/fileadmin/documents/Systeme_professionnel/Guide_explicatif_decembre_2013.pdf
- Paquette Houde, C., Abdel Baki, A., Lecomte, T., Lussier-Valade, M. et Ngô, T. L. (2018). *Guide de pratique pour le traitement cognitif-comportemental des troubles psychotiques* (1^{re} éd.). Jean Goulet - tccmontreal. https://tccmontreal.files.wordpress.com/2018/10/guidetccp_16-final-22-10-2018-version-isbn.pdf
- Pelayo-Terán, J. M., Gajardo Galán, V. G., de la Ortiz-García de la Foz, V., Martínez-García, O., Tabarés-Seisdedos, R., Crespo-Facorro, B. et Ayasa-Arriola, R. (2017). 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*, 267(4), 315-323. doi:10.1007/s00406-016-0740-3

- Penttilä, M., Jääskeläinen, E., Hirvonen, N., Isohanni, M. et Miettunen, J. (2014). Duration of untreated psychosis as predictor of long-term outcome in schizophrenia: Systematic review and meta-analysis. *The British Journal of Psychiatry*, 205(2), 88-94. doi:10.1192/bjp.bp.113.127753
- Perälä, J., Suvisaari, J., Saarni, S. I., Kuoppasalmi, K., Isometsä, E., Pirkola, S., Partonen, T., Tuulio-Henriksson, A., Hintikka, J., Kieseppä, T., Härkänen, T., Koskinen, S. et Lönnqvist, J. (2007). Lifetime prevalence of psychotic and bipolar I disorders in a general population. *Archives of General Psychiatry*, 64(1), 19-28. doi:10.1001/archpsyc.64.1.19
- Rapp, C. A. et Goscha, R. J. (2006). *The strengths model: Case management with people with psychiatric disabilities* (2^e éd.). Oxford University Press.
- Rosengard, R. J., Malla, A., Mustafa, S., Iyer, S. N., Joobar, R., Bodnar, M., Lepage, M. et Shah, J. L. (2019). Association of pre-onset subthreshold psychotic symptoms with longitudinal outcomes during treatment of a first episode of psychosis. *JAMA Psychiatry*, 76(1), 61-70. doi:10.1001/jamapsychiatry.2018.2552
- Rotenberg, M., Tuck, A., Anderson, K. K. et McKenzie, K. (2021). The incidence of psychotic disorders and area-level marginalization in Ontario, Canada: A population-based retrospective cohort study. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 1-10. doi:10.1177/07067437211011852
- Salazar de Pablo, G., Radua, J., Pereira, J., Bonoldi, I., Arienti, V., Besana, F., Soardo, L., Cabras, A., Fortea, L., Catalan, A., Vaquerizo-Serrano, J., Coronelli, F., Kaur, S., Da Silva, J., Shin, J. I., Solmi, M., Brondino, N., Politi, P., McGuire, P. et Fusar-Poli, P. (2021). Probability of transition to psychosis in individuals at clinical high risk: An updated meta-analysis. *JAMA Psychiatry*, 78(9), 970-978. doi:10.1001/jamapsychiatry.2021.0830
- Santesteban-Echarri, O., Paino, M., Rice, S., González-Blanch, C., McGorry, P., Gleeson, J. et Alvarez-Jimenez, M. (2017). Predictors of functional recovery in first-episode psychosis: A systematic review and meta-analysis of longitudinal studies. *Clinical Psychology Review*, 58, 59-75. doi:10.1016/j.cpr.2017.09.007
- Shah, J. L., Crawford, A., Mustafa, S. S., Iyer, S. N., Joobar, R. et Malla, A. K. (2017). Is the clinical high-risk state a valid concept? Retrospective examination in a first-episode psychosis sample. *Psychiatric Services*, 68(10), 1046-1052. doi:10.1176/appi.ps.201600304
- Solmi, M., Durbaba, S., Ashworth, M. et Fusar-Poli, P. (2020). Proportion of young people in the general population consulting general practitioners: Potential for mental health screening and prevention. *Early Intervention in Psychiatry*, 14(5), 631-635. doi:10.1111/eip.12908

- Solmi, M., Radua, J., Olivola, M., Croce, E., Soardo, L., Salazar de Pablo, G., Shin, J. I., Kirkbride, J. B., Jones, P., Kim, J. H., Kim, J. Y., Carvalho, A. F., Seeman, M. V., Correll, C. U. et Fusar-Poli, P. (2021). Age at onset of mental disorders worldwide: Large-scale meta-analysis of 192 epidemiological studies. *Molecular Psychiatry*. doi:10.1038/s41380-021-01161-7
- Stavely, H., Hughes, F., Pennell, K., Mc Gorry, P. D. et Purcell, R. (2013). *EPPIC model and service implementation guide*. Orygen, The National Centre of Excellence in Youth Mental Health.
- Strålin, P. et Hetta, J. (2021). First episode psychosis: Register-based study of comorbid psychiatric disorders and medications before and after. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 271(2), 303-313. doi:10.1007/s00406-020-01139-6
- Upthegrove, R., Marwaha, S. et Birchwood, M. (2017). Depression and schizophrenia: Cause, consequence, or trans-diagnostic issue? *Schizophrenia Bulletin*, 43(2), 240-244. doi:10.1093/schbul/sbw097
- Van Os, J. et Guloksuz, S. (2017). A critique of the “ultra-high risk” and “transition” paradigm. *World Psychiatry*, 16(2), 200-206. doi:10.1002/wps.20423
- Walker, E. R., McGee, R. E. et Druss, B. G. (2015). Mortality in mental disorders and global disease burden implications: A systematic review and meta-analysis. *JAMA Psychiatry*, 72(4), 334-341. doi:10.1001/jamapsychiatry.2014.2502
- Zipursky, R. B., Menezes, N. M. et Streiner, D. L. (2014). Risk of symptom recurrence with medication discontinuation in first-episode psychosis: A systematic review. *Schizophrenia Research*, 152(2-3), 408-414. doi:10.1016/j.schres.2013.08.001

Glossaire

Approche par les forces

Il s'agit à la fois d'une philosophie de pratique et d'un ensemble d'outils et de méthodes. L'approche par les forces est conçue pour favoriser le rétablissement de la personne par l'adoption d'une approche de prestation de services orientée vers ses buts. Une formation sur cette approche est offerte par les conseillers aux établissements des équipes SIV-SIM-SIF/FACT et PEP du MSSS.

Clinicien

Les cliniciens sont l'ensemble des intervenants et médecins (spécialistes ou généralistes) qui travaillent auprès des usagers.

Éducation psychologique

L'éducation psychologique vise un apprentissage par l'information et l'éducation de la personne. Elle peut être utilisée à toutes les étapes du processus de soins et de services. Il s'agit d'un enseignement de connaissances et d'habiletés spécifiques visant le maintien et l'amélioration de l'autonomie ou de la santé de la personne de même que la prévention de l'apparition de problèmes de santé ou de problèmes sociaux, incluant les troubles mentaux ou la détérioration de l'état mental. L'éducation psychologique est habituellement de courte durée, est amorcée par un intervenant et est soutenue par l'utilisation de documents écrits.

Empowerment

Il s'agit du processus par lequel les individus, les groupes et les communautés développent leur capacité à choisir et à décider pour eux-mêmes tout en apprenant à agir sur leurs conditions sociales, économiques, politiques et écologiques dans la recherche de solutions aux difficultés qu'ils rencontrent ou dans leur volonté de répondre à leurs besoins. Au Québec, l'*empowerment* réfère généralement au développement du pouvoir d'agir et à l'autonomisation.

Entourage

L'entourage inclut les parents, les membres de la fratrie, les familles d'accueil, les conjoints, les enfants, les amis ou toute autre personne intéressée par le processus de rétablissement d'un proche. Il inclut également le titulaire de l'autorité parentale ou le tuteur, principalement en ce qui concerne les aspects légaux (par exemple, le consentement).

Entretien motivationnel

L'entretien motivationnel est un style de conversation collaboratif permettant de renforcer la motivation propre d'une personne et son engagement vers le changement⁸⁸. »

⁸⁸ Association francophone de diffusion de l'entretien motivationnel (s.d.). *L'entretien motivationnel*. <https://afdem.org/entretienmotivationnel/>

Équipe interdisciplinaire

Selon l'Office des professions du Québec, « dans une **équipe interdisciplinaire**, les résultats des évaluations, des observations et des interventions réalisées par les différents professionnels et autres intervenants sont mis en commun en vue de partager une compréhension globale de la situation et de s'entendre sur des objectifs communs d'interventions. Les membres de l'équipe interdisciplinaire travaillent ensemble⁸⁹. » Bien que l'équipe soit considérée comme *interdisciplinaire*, il est possible que la pratique de collaboration effective soit de l'ordre de l'unidisciplinarité ou de la multidisciplinarité si la complexité des besoins de la personne ne requiert pas un partage des décisions et une forte interdépendance.

Évaluation des besoins de soutien des proches aidants

Au Québec, par cette évaluation, on vise à cibler les besoins de soutien de l'aidant afin d'améliorer sa qualité de vie et de déterminer les moyens qui pourraient faciliter son engagement auprès de la personne utilisatrice de services. Au Québec, un proche aidant se définit comme toute personne de l'entourage qui apporte un soutien significatif, continu ou occasionnel, à titre non professionnel, à une personne ayant une incapacité.

Intervenant

Les intervenants sont l'ensemble des professionnels de la santé et des services sociaux, incluant les médecins et les intervenants ne faisant pas partie d'un ordre professionnel, qui travaillent auprès de la personne utilisatrice de services et dont les responsabilités peuvent comprendre l'examen des besoins psychosociaux additionnels de celle-ci.

Intervenant pivot

Il s'agit de l'intervenant principal auquel la personne se réfère lorsque sa situation et ses besoins se modifient. L'intervenant pivot est responsable d'offrir un suivi thérapeutique au jeune suivi au PPEP et de coordonner les services requis par le jeune auprès des partenaires.

Intervention

Ce terme désigne tout type d'aide qui n'est pas de la psychothérapie, notamment le counseling, les rencontres avec un pair aidant, l'intervention de soutien, l'intervention conjugale et familiale, l'éducation psychologique, la réadaptation, le suivi clinique, l'accompagnement, l'intervention en cas de crise et les autosoins.

⁸⁹ Office des professions du Québec. (2013). *Loi modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé mentale et des relations humaines : guide explicatif*. Gouvernement du Québec, p. 89.
https://www.opq.gouv.qc.ca/fileadmin/documents/Systeme_professionnel/Guide_explicatif_decembre_2013.pdf

Intervention de démarchage (*outreach*)

Il s'agit, de façon proactive, d'aller vers les personnes là où elles se trouvent, dans le but d'établir un lien de confiance avec elles, de réaliser des interventions et de les accompagner vers les différents services et ressources appropriés.

Personne à risque accru de psychose

Une personne à risque accru de psychose présente une détresse, un déclin de son fonctionnement social et l'une ou l'autre de ces situations :

- Elle présente des symptômes psychotiques transitoires ou atténués.
- Elle présente d'autres comportements qui laissent suspecter une possible psychose.
- Un de ses parents du premier degré présente une psychose ou une schizophrénie.

Prodrome

Il s'agit de la période pendant laquelle on observe un ensemble de symptômes souvent bénins, mais révélant l'arrivée de la phase aiguë d'une maladie, ou phase principale. Le prodrome psychotique se manifeste par des symptômes non spécifiques (manque de concentration et d'attention, perte de motivation et d'énergie, humeur dépressive, perturbation du sommeil, anxiété, retrait social, méfiance, irritabilité, etc.) qui s'accompagnent d'une modification du fonctionnement habituel de la personne. La présence de symptômes psychotiques atténués ou transitoires peut aussi être notée. Cette période peut durer plusieurs mois, voire quelques années.

Professionnel

Ce terme désigne toute personne qui est titulaire d'un permis délivré par un ordre professionnel et qui est inscrite au tableau de ce dernier, y compris les médecins.

Professionnel consultant

Ce terme désigne toute personne qui est nommément désignée par son établissement pour procéder aux évaluations et/ou aux suivis des jeunes présentant des PEP dans son champ de compétence professionnelle. Par exemple, il pourrait s'agir d'une évaluation fonctionnelle en ergothérapie, d'une évaluation en neuropsychologie, d'une psychothérapie auprès d'un psychologue, d'un suivi médical en neurologie ou auprès d'un autre médecin spécialiste, etc.

Pronostic

Le pronostic est l'estimation de l'évolution probable d'une maladie, de l'état d'un patient et des chances éventuelles de guérison.

Psychose

La psychose est un trouble mental grave qui se caractérise par une altération du contact avec la réalité et qui modifie le fonctionnement quotidien de la personne tout en entraînant une détresse importante. Les troubles psychotiques sont définis par des

anomalies dans au moins un des cinq domaines suivants : idées délirantes, hallucinations, discours désorganisé, comportement grossièrement désorganisé ou catatonique et symptômes négatifs. Le cours de la maladie peut être considéré comme une succession de phases :

- Prodrome : période précédant l'épisode psychotique au cours de laquelle la personne présente une modification de son fonctionnement et des symptômes de la lignée psychotique, mais d'intensité moindre que dans la psychose aiguë.
- Phase aiguë : période où les symptômes de la psychose sont actifs.
- Phase de rétablissement précoce : période d'environ 6 mois située après la phase aiguë.
- Phase de rétablissement tardive : période d'environ 18 mois située après la phase de rétablissement précoce.

Réadaptation

La réadaptation vise à aider la personne à composer avec les symptômes d'une maladie ou à améliorer ses habiletés. Elle est utilisée entre autres auprès des personnes présentant des problèmes significatifs de santé mentale afin de leur permettre d'atteindre un degré optimal d'autonomie en vue d'un rétablissement. La réadaptation peut s'insérer dans le cadre de rencontres d'accompagnement ou de soutien et intégrer, par exemple, la gestion des hallucinations et l'entraînement aux habiletés quotidiennes et sociales.

Rechute

La rechute est la réapparition de signes et de symptômes d'une maladie ou d'un trouble à la suite d'une rémission apparente.

Réduction des méfaits

« L'approche de réduction des méfaits ne cherche pas d'emblée à réduire ou à éliminer l'usage de [substances]. [...] elle prône plutôt une série d'objectifs hiérarchisés visant à régler les problèmes les plus urgents d'abord (par exemple, la stabilisation de l'état de santé, la recherche d'un logement, etc.). Ceci permet de rejoindre les personnes les plus vulnérables et permet d'établir un lien de confiance qui peut faire toute la différence. Cette approche tente de [baliser] l'usage de [substances] de manière à éviter l'aggravation des problèmes. [Elle] habilite les personnes qui font usage de [substances] à mieux se protéger et leur donne la possibilité de choisir un changement de comportement en l'absence d'infections ou de maladies chroniques et autres méfaits affectifs, sociaux ou économiques liés à la consommation⁹⁰. »

⁹⁰ Association des intervenants en dépendance du Québec. (s. d.). *Réduction des méfaits*. <https://aidq.org/reduction-des-mefaits>

Rétablissement

Il s'agit de l'expérience de la personne et de son cheminement vers une vie qu'elle considère comme satisfaisante et épanouissante, et ce, malgré la maladie mentale et la persistance de symptômes.

SIF/FACT

Ce programme offre des soins et services de suivi dans la communauté et est déployé principalement en milieu à faible densité populationnelle, soit de 20 000 à 50 000 habitants. Ce service regroupe les activités de traitement, de réadaptation et d'intégration sociale dans la communauté pour les adultes présentant un trouble mental. Il se caractérise par sa flexibilité, car l'intensité des services s'ajuste aux besoins de la personne. L'objectif est l'atteinte d'un niveau d'autonomie fonctionnelle par l'offre de services soit en suivi individuel aux personnes ayant une plus grande stabilité des symptômes, soit en suivi en équipe interdisciplinaire aux personnes présentant une situation clinique plus complexe.

SIM

Le SIM vise le traitement, la réadaptation et le soutien par une équipe interdisciplinaire. Le SIM s'adresse principalement aux personnes qui présentent un trouble mental grave tel que la schizophrénie ou le trouble bipolaire et dont la condition est instable et fragile (par exemple, itinérance, hospitalisations multiples, consommation de substances, judiciarisation, difficultés d'adhésion au traitement, etc.). L'objectif est de mettre en place un large éventail de services adapté aux besoins de la personne.

SIV

Les équipes SIV offrent de la réadaptation sociale et de l'accompagnement directement dans les milieux de vie des personnes qui présentent des troubles graves de santé mentale. L'objectif du service est d'aider ces personnes à développer leur autonomie fonctionnelle et ainsi favoriser leur intégration sociale. Afin de garantir l'accès et la continuité des soins et services le plus près possible du milieu de vie de la personne, un intervenant pivot établit des liens avec l'utilisateur afin de coordonner les services requis, même s'il n'offre pas lui-même l'ensemble de ces services.

Soutien clinique

Le soutien clinique est un processus d'échanges formel favorisant l'amélioration continue des pratiques.

Spécialiste

Le spécialiste est un intervenant pivot qui se spécialise dans un domaine de pratique touchant les PEP. Les spécialistes doivent :

- se former et se tenir à jour dans leur domaine d'expertise, selon les modèles et les approches préconisés pour les PEP;

- servir de référence dans leur équipe lorsque les autres intervenants sont face à des questions ou à des impasses dans leur domaine;
- faire de la formation croisée au sein de l'équipe afin de mieux outiller leurs collègues;
- rencontrer ponctuellement des jeunes de l'équipe qui ont des besoins dans leur domaine de compétence afin de soutenir leurs collègues.

Les principales spécialisations des PPEP sont l'approche familiale, la réinsertion socioprofessionnelle et scolaire, la toxicomanie et l'approche cognitivo-comportementale.

Traitement

Il s'agit de l'ensemble des mesures visant à guérir, à soulager ou à prévenir un trouble. Dans ce guide de pratique, les traitements incluent la pharmacothérapie, la psychothérapie et les autres types d'interventions.

Trouble lié à l'usage de substances

Il s'agit d'un état se caractérisant par un ensemble de symptômes cognitifs, comportementaux et physiologiques indiquant que le sujet continue à consommer une substance malgré des problèmes significatifs qui en découlent.

Trouble mental

Cet état de santé se définit par des changements qui affectent la pensée, l'humeur ou le comportement d'une personne, ce qui perturbe son fonctionnement et entraîne chez elle de la détresse.

