

PROGRAMMES POUR PREMIERS ÉPISODES PSYCHOTIQUES

CADRE DE RÉFÉRENCE



2 édition, version 2024

DIRECTEUR GÉNÉRAL ADJOINT DES SERVICES EN SANTÉ MENTALE, EN DÉPENDANCE ET EN ITINÉRANCE

Tung Tran

DIRECTEUR NATIONAL DES SERVICES EN SANTÉ MENTALE ET EN PSYCHIATRIE LÉGALE

Docteur Pierre Bleau

DIRECTRICE DES SERVICES EN SANTÉ MENTALE – VOLET ADULTE

Isabelle Fortin

COORDINATION ET RÉDACTION

Emmanuelle Seery

COMITÉ DE LECTURE

Docteur Amal Abdel-Baki
Madame Geneviève Gagné
Madame Amélie Leboeuf
Docteur Sophie L'Heureux
Madame Caroline Morin
Docteur David Olivier
Docteur Marc-André Roy
Docteur Marie Villeneuve

REMERCIEMENTS

La Direction des services en santé mentale 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, version 2024. La Direction des services en santé mentale tient également à remercier toutes les personnes qui ont, de près ou de loin, soutenu son équipe dans ses travaux.

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, 2025

ISBN : 978-2-555-01262-2 (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, 2025

Table des matières

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	9
2.3 Composition de l'équipe du PPEP.....	11
2.3.1 Requis d'équivalents temps complet (ETC) pour 100 000 habitants.....	11
2.3.2 Structure des programmes	12
2.3.3 Types d'intervenants requis.....	13
2.3.4 Disponibilité de l'équipe du PPEP	17
2.4 Durée de suivi au PPEP.....	17
3 Modalités cliniques d'un PPEP	19
3.1 Suivi de type <i>case management</i> et approches privilégiées.....	19
3.2 Intervention intensive de proximité	20
3.3 Sensibilisation, information et lutte contre la stigmatisation	21
3.4 Démarchage (<i>outreach</i>).....	21
3.5 Traitement pharmacologique.....	22
3.6 Interventions intégrant des techniques issues de l'approche cognitivo-comportementale ..	23
3.7 Interventions concernant la santé physique	23
3.8 Interventions pour les troubles concomitants	24
3.9 Interventions visant la réinsertion professionnelle et scolaire (ou le maintien en emploi et aux études)	25
3.10 Interventions de groupe.....	26
3.11 Implication des proches	26
3.12 Participation aux hospitalisations	27
4 Processus cliniques au PPEP	28
4.1 Collecte de données et analyse initiale.....	28
4.2 Planification du plan d'intervention	28
4.3 Actualisation de l'intervention.....	29
4.4 Bilan et révision des objectifs : poursuite du suivi, fin du suivi ou transfert vers un autre partenaire.....	30
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.....	39
Glossaire	48

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	Déficiência intellectuelle
EMR-P	État mental à risque de psychose
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	Suivi d'intensité flexible
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 est un trouble mental grave qui modifie le fonctionnement quotidien et qui entraîne une détresse importante chez la personne et son entourage. Elle a engendré 37 % des jours d'hospitalisation en psychiatrie au Canada en 2022-2023⁶. La psychose peut prendre plusieurs formes, dont 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 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

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 10 décembre 2024 de <https://www.cihi.ca/fr/indicateurs/nombre-total-de-jours-dhospitalisation-en-raison-dun-probleme-de-sante-mentale-ou-dutilisation-de>.

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.

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, ce qui favorise la détection et l'intervention précoces pour les jeunes présentant un PEP^{15, 16}. Ce type de service est reconnu pour avoir un coût-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 devrait rendre 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 en ayant élaboré en 2017 le *Cadre de référence : programmes d'interventions pour premiers épisodes psychotiques (PIPEP)* et en embauchant 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).

Depuis 2015, plusieurs équipes ont été mises en place dans le RSSS et, bien que l'offre de services diffère d'une équipe à l'autre¹⁸, des progrès notables ont été constatés depuis la publication du premier cadre de référence 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

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 Bertulies-Esposito *et al.* (2021). Détection et intervention précoce pour la psychose : pourquoi et comment? *Santé mentale au Québec*, 46(2), 45-83.

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

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.

Cadre de référence

Programmes pour premiers épisodes psychotiques

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 desservie, 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 des données probantes, et ce, 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.

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 cette situation 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 qui présentent un état mental à risque de psychose;
 - assurer un accès facile et rapide aux services d'intervention précoce de son équipe du PPEP.
- **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 les suivants :

- Diminuer la durée de psychose non traitée.
- Réduire au minimum les effets 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 les suivants :

- **La primauté de la personne**

Les services du PPEP sont centrés sur la personne et ses proches. 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.

- **L'implication des proches**

Le PPEP vise l'implication des proches, dans le respect des décisions du jeune et des principes de confidentialité. Le jeune est informé des avantages de cette implication et est encouragé en ce sens.

- **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 engagement, 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.

- **L'intégration du traitement médical et des 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-compétence, 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.

- **Les soins et services axés sur 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'emploi²¹. 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.

²¹ 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>

- **La sensibilisation de 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 en souffre. L'équipe s'engage dans la communauté pour déconstruire les mythes reliés aux troubles mentaux et à la psychose ainsi que pour maximiser les chances de partenariat, ce qui permettra 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.

- **La continuité de soins**

La continuité des soins, tant relationnelle qu'organisationnelle, est essentielle au PPEP. Celle-ci implique de maintenir le lien, sans interruption, tout au long du suivi, même si certains défis peuvent survenir. Cela requiert, entre autres, que les équipes des PPEP assurent le suivi des jeunes âgés de 12 à 35 ans, selon un continuum essentiel permettant d'éviter les bris de services qui pourraient survenir lors d'un passage des services jeunesse à ceux destinés aux adultes (un tiers de ces jeunes décrochent des services lors de cette transition²²). Une attention particulière doit également être accordée à la transition vers d'autres services après le PPEP.

- **L'efficience et l'efficacité des services basés sur les données probantes**

Le PPEP offre des soins et services qui s'appuient sur les données probantes et qui sont évalués régulièrement afin que les composantes clés soient en place. Les 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 d'offrir ainsi des services de qualité en intervention précoce.

²² 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.

2 Modalités organisationnelles d'un PPEP

2.1 Population visée

Le PPEP s'adresse aux personnes âgées 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. 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 qu'une importante proportion aura un diagnostic de trouble psychotique dit primaire par la suite. De plus, l'intensité de leurs difficultés et leur requis de services sont très comparables à ceux des personnes présentant des troubles psychotiques dits primaires²³.

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. Il est néanmoins recommandé de mettre en place une collaboration entre les programmes DI-TSA et les PPEP, ces derniers permettant non seulement l'évaluation des jeunes qui présentent des symptômes psychotiques, mais également 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 âgées 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 service qui répondra mieux à ses besoins. 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 qui présente des symptômes psychotiques et 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 jeunes qui ont un état mental à risque de psychose (EMR-P) et les effets des interventions spécifiques pour ces personnes²⁴.

²³ O'Connell *et al.* (2019). Characteristics and outcomes of young people with substance induced psychotic disorder. *Schizophrenia Research*, 206, 257-262.

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.

Une personne est considérée comme présentant un état mental à risque de psychose si elle présente une détresse, un déclin de son fonctionnement social et l'une ou l'autre de ces situations :

- Des symptômes psychotiques atténués.
- Des symptômes psychotiques intermittents brefs.
- Une détérioration significative du fonctionnement avec des antécédents familiaux de psychose²⁵.

Selon une étude récente, le risque de transition vers un trouble psychotique chez les jeunes EMR-P est de 25 % après trois ans²⁶, 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 EMR-P ne manifesteront pas de trouble psychotique. Toutefois, leur risque de présenter un autre problème de santé mentale, principalement un trouble dépressif ou anxieux, est très élevé²⁷. De plus, les études démontrent que les jeunes EMR-P éprouvent des difficultés importantes à bien fonctionner dans la vie de tous les jours²⁸. Ainsi, ces personnes présentent 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*^{29, 30}. Dans une optique de santé publique, il apparaît pertinent d'effectuer des suivis auprès de ces jeunes selon une approche soutenant la reprise d'espoir et de pouvoir sur leur vie³¹. Présenter un EMR-P reste un facteur de risque important pouvant conduire à une psychose, mais ne devrait pas systématiquement justifier la pertinence d'un suivi dans les PPEP.

L'offre de services pour les jeunes présentant un EMR-P 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 suivi³². De plus, aucune intervention n'a démontré de supériorité sur les autres lorsqu'il s'agit de prévenir la transition vers la psychose^{33, 34, 35}. Pour ces raisons, actuellement, les équipes des PPEP n'ont pas à assurer le suivi de l'ensemble des jeunes EMR-P. 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

²⁵ Morin *et al.* (2021). L'état mental à risque : au-delà de la prévention de la psychose. *Santé mentale au Québec*, 46(2), 85-112.

²⁶ 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.

²⁷ 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.

²⁸ 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.

²⁹ McGorry *et al.* (2018). Beyond the "at risk mental state" concept: Transitioning to transdiagnostic psychiatry. *World Psychiatry*, 17(2), 133-142.

³⁰ 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.

³¹ Van Os et Guloksuz. (2017). A critique of the "ultra-high risk" and "transition" paradigm. *World Psychiatry*, 16(2), 200-206.

³² Staveland *et al.* (2013). *EPPIC model and service implementation guide*. Orygen, The National Centre of Excellence in Youth Mental Health.

³³ Davies *et al.* (2018). Lack of evidence to favor specific preventive interventions in psychosis: A network meta-analysis. *World Psychiatry*, 17(2), 196-209.

³⁴ Fusar-Poli *et al.* (2019). Preventive treatments for psychosis: Umbrella review (just the evidence). *Frontiers in Psychiatry*, 10, 764.

³⁵ Bosnjak Kuharic *et al.* (2019). Interventions for prodromal stage of psychosis. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 11.

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 EMR-P et la nécessité de réduire au minimum la durée de psychose non traitée, les équipes des PPEP devraient s'assurer de rencontrer les jeunes EMR-P dirigés vers elles par un partenaire afin d'assurer une bonne évaluation diagnostique. En effet, un certain pourcentage des jeunes qui consultent avec un EMR-P répondent aux critères diagnostiques de la psychose lorsqu'ils sont évalués par des psychiatres spécialisés dans ce domaine³⁶. 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^{37, 38}.

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 pharmacologique³⁹. 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 doit 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 EMR-P. Les modalités de suivi de ces jeunes doivent être déterminées selon la nature des besoins et l'intensité des symptômes présentés, et ce, 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 (urgence ou unités de soins psychiatriques, cliniques externes de psychiatrie adulte ou de pédopsychiatrie, groupe de médecine de famille [GMF] ou autres cliniques médicales, mécanismes d'accès en santé mentale, centre de protection et de réadaptation pour les jeunes en difficulté et leur famille, centre de réadaptation en dépendance, etc.) et de la communauté (établissement scolaire, organisme communautaire, centre de crise, policiers, organisme du milieu carcéral ou légal, etc.). Ceux-ci peuvent donc facilement

³⁶ 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.

³⁷ 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.

³⁸ 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.

³⁹ 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>

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 (MASM) des jeunes et des adultes ainsi que les responsables du PPEP. Par ailleurs, les procédures d'accès aux services en santé mentale ne doivent jamais ralentir l'admission au PPEP d'un jeune présentant un PEP : 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 psychose, l'équipe du PPEP discute de la situation afin de planifier rapidement une évaluation psychiatrique. Selon les standards ministériels relatifs aux délais d'accès à une consultation psychiatrique^{40, 41}, pour les jeunes qui n'ont pas déjà été évalués par un psychiatre (par exemple, lors d'une consultation à l'urgence ou une hospitalisation psychiatrique qui aurait conduit à la référence au PPEP), l'évaluation psychiatrique devrait avoir lieu :

- dans les 15 jours suivant la réception de la demande dans le cas d'un état stable (indiqué par la présence de symptômes entraînant une détresse ou des difficultés fonctionnelles tolérables);
- dans les 7 jours suivant la réception de la demande dans le cas d'un état instable (indiqué par un potentiel de détérioration pouvant mener à une hospitalisation);
- dans un délai de 24 heures lorsque la personne est en état de crise (qui signale un danger à court terme pour la personne elle-même ou pour 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 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 que celle-ci assure une continuité de soins et évite un désengagement.

Dans le cas d'une personne présentant un EMR-P, 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.

En tout temps, l'admission au programme devrait se faire le plus rapidement possible (moins de deux semaines). Lorsque le jeune est hospitalisé au moment de la référence au PPEP, que ce soit sur une unité de soins psychiatriques ou en hospitalisation à domicile, il est pertinent que l'équipe du PPEP entame le suivi pendant l'hospitalisation pour permettre une meilleure connaissance de la réalité du jeune et faciliter la création du lien thérapeutique. Dès l'admission, l'équipe du PPEP devra clairement indiquer qui est l'intervenant-pivot attiré et entreprendre les interventions sans

⁴⁰ 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.

⁴¹ 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

délai. L'intervenant-pivot sera responsable d'assurer activement le suivi de la personne en modulant son offre de services selon les besoins de celle-ci. Une gestion de cas combinant le modèle dit « thérapeutique » (où l'intervenant assume 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 privilégiée⁴².

Lorsque le triage ou l'évaluation psychiatrique 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 ou du MASM, 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 les régions où le taux d'immigration est élevé^{43, 44}. 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 habitants⁴⁵. 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 par 100 000 habitants. 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 âgées 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.

⁴² 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>

⁴³ 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.

⁴⁴ 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.

⁴⁵ 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.

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.

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'efficacités 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 PASM⁴⁶, sur le document intitulé *Lignes directrices pour l'implantation de mesures de soutien dans la communauté en santé mentale*⁴⁷ 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 en tant qu'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

⁴⁶ Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2017b). *Op. cit.*, p. 66-71.

⁴⁷ 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>

mise en place pourrait y être plus difficile à organiser. Ces ESSS doivent donc déployer un modèle différent d'organisation de services 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 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] 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, 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 d'encourager les intervenants à se soutenir entre eux et d'éviter une rupture de services en lien avec, entre autres, les congés annuels. 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 dont la majorité joue un rôle d'intervenant-pivot. L'intervenant-pivot est le membre de l'équipe qui doit offrir les services directs à la personne suivie et assurer la coordination des services avec les partenaires. Il veille à ce que l'ensemble des enjeux cliniques du jeune soient considérés. Il doit également assumer un leadership en regard de son expertise (titre d'emploi, formation, expériences, vécu, etc.) lors des rencontres d'équipe ou des discussions cliniques. Ainsi, l'équipe doit regrouper différents titres d'emploi (infirmier, travailleur social, ergothérapeute, psychoéducateur, éducateur spécialisé, psychologue, etc.) ayant des connaissances, des expertises et des perspectives différentes afin d'assurer une diversité dans la gamme de services offerts et une réponse aux besoins spécifiques et complexes des jeunes suivis. L'équipe du PPEP doit être composée d'intervenants ayant au moins trois titres d'emploi différents. De plus, la présence d'un médecin consacré au programme (et/ou d'une infirmière praticienne spécialisée en santé mentale) et d'une infirmière est nécessaire pour garantir un fonctionnement optimal. La composition des équipes variera en fonction du nombre d'intervenants attitrés au PPEP dans une région donnée. Il est possible de constituer une équipe de PPEP à partir de trois intervenants ETC.

En plus de leur rôle d'intervenant-pivot, certains intervenants attitrés rempliront d'autres rôles afin d'assurer le bon fonctionnement du PPEP.

Chef d'équipe

Chaque équipe doit être coordonnée par un chef d'équipe qui assure la direction administrative et le soutien des membres de l'équipe. Cette fonction est centrale pour assurer la cohésion d'équipe ainsi que son efficacité. Par ses fonctions, il doit être rigoureux pour planifier et mener les activités quotidiennes de l'équipe et il doit veiller au respect du processus clinique. Une part de son temps de travail doit être consacrée aux tâches clinico-administratives telles que :

- l'évaluation des demandes d'admission (triage);
- la coordination des services de l'équipe (par exemple : références aux consultants, groupes, activités de démarchage, etc.);
- la préparation et l'animation des réunions d'équipe;
- le soutien clinique aux membres de l'équipe (voir section 5);
- le soutien administratif (par exemple : la gestion des horaires, l'accès à la formation, les statistiques et autres redditions de compte, etc.).

Intervenants-ressources

Il est recommandé que tous les intervenants de l'équipe soient suffisamment outillés et acquièrent des connaissances spécifiques pour intervenir efficacement, et être ainsi en mesure de répondre aux besoins et aux enjeux fréquemment rencontrés au PPEP. Toutefois, puisque les besoins des jeunes présentant un premier épisode psychotique sont variés et souvent complexes, il arrive que les intervenants atteignent leur limite professionnelle. Afin de les soutenir et d'assurer la qualité des services aux jeunes suivis dans les PPEP, il est recommandé que certains intervenants développent des compétences dans quelques domaines de pratique touchant les premiers épisodes psychotiques. Ceci augmentera leur niveau d'aisance dans ce domaine, leur permettant de soutenir l'ensemble des intervenants du PPEP qui offrira ainsi aux jeunes des services de qualité. Ces domaines de pratique sont :

- l'approche cognitivo-comportementale;
- l'approche familiale;
- les dépendances;
- la réinsertion socioprofessionnelle.

Ces intervenants-ressources sont nommés en fonction de leur volonté de développer leurs compétences dans un domaine, de leurs formations (antérieures ou futures) et de leur expérience, et non en fonction de leur titre d'emploi. Leur rôle principal est de valoriser une approche de transfert de connaissances au sein de l'équipe en soutenant leurs collègues face aux défis qu'ils affrontent. Sans être des experts cliniques, ils jouent un rôle-conseil lorsque les intervenants font face à des impasses cliniques ou encore ont des questions sur l'utilisation d'un outil ou l'application d'une approche thérapeutique. Ils favorisent la mise à jour des connaissances cliniques nécessaires pour guider et soutenir l'ensemble de l'équipe en ce qui concerne les meilleures pratiques et proposent des outils d'évaluation et de suivi. Dans ce contexte, ils peuvent être appelés à effectuer des co-interventions avec des collègues pour développer leurs compétences et des interventions directes dans des cas plus complexes. De plus, ils ont la responsabilité de développer une collaboration étroite, des mécanismes de liaison, de référencement et de support clinique avec les services dans la communauté et dans le réseau qui détiennent une expertise afin que les personnes en suivi puissent recevoir des services auprès d'eux, si nécessaire.

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 intervenant-ressource en réinsertion socioprofessionnelle et scolaire;
- un intervenant-ressource en approche familiale.

Les tâches de chef d'équipe pourront être assumées par un des membres de l'équipe. Un intervenant pourrait cumuler deux fonctions si l'équipe désire des spécialités supplémentaires (ex. : un infirmier qui détient des connaissances en dépendances ou un intervenant-ressource en approche familiale 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 intervenant-ressource en réinsertion socioprofessionnelle et scolaire;
- un intervenant-ressource en approche familiale;
- un intervenant-ressource en dépendances 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 fonctions si l'équipe désire des spécialités supplémentaires (ex. : un infirmier qui détient des connaissances en dépendances ou un intervenant-ressource en approche familiale qui détient également une formation en approche cognitivo-comportementale).

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 intervenant-ressource en réinsertion socioprofessionnelle et scolaire;
- un intervenant-ressource en approche familiale;
- un intervenant-ressource en dépendances;
- un intervenant-ressource 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 intervenant-ressource en réinsertion socioprofessionnelle et scolaire;
- un intervenant-ressource en approche familiale;
- un intervenant-ressource en dépendances;
- un intervenant-ressource en approche cognitivo-comportementale.

Des intervenants-ressources 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.

En plus des intervenants consacrés au PPEP, l'équipe doit pouvoir s'appuyer sur des professionnels consultants. Ces professionnels sont interpellés lorsque des besoins spécifiques ne peuvent être satisfaits par l'intervenant-pivot et que ceux-ci sont nécessaires au rétablissement du jeune. Les professionnels consultants peuvent être attirés au PPEP, ou non. Dans ce cas, il peut s'agir d'intervenants de l'ESSS (ex. : neuropsychologue ou nutritionniste des services externes de psychiatrie) ou de collaborateurs externes (ex. : conseiller en orientation d'un centre d'employabilité, criminologue d'un organisme communautaire, etc.). Pour tous les professionnels consultants qui ne sont pas intégrés au PPEP, il est essentiel d'établir des corridors de services permettant d'avoir rapidement et facilement accès aux services des professionnels afin de répondre aux besoins des jeunes suivis au PPEP. La participation des professionnels consultants doit être 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 sur lesquels l'équipe doit pouvoir s'appuyer sont les suivants :

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

L'équipe du PPEP doit s'assurer d'avoir accès à 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 rétablissement⁴⁸. Étant donné la diversité des équipes à travers le territoire québécois, l'accès au pair aidant peut prendre diverses formes : embauche à même l'équipe, prêt de service d'un autre programme, embauche par le biais d'un partenaire communautaire, etc., 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 PPEP⁴⁹.

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 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.

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 en fonction des 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 ans⁵⁰. 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 ans⁵¹. Toutefois, certaines études montrent qu'une intervention plus longue dans un PPEP entraînerait une diminution des symptômes dépressifs⁵², une rémission plus longue des symptômes

⁴⁸ Association québécoise pour la réadaptation psychosociale. (s.d.). *Rôle du pair aidant*. <https://aqrp-sm.org/groupe-mobilisation/pairs-aidants-reseau/role/>

⁴⁹ Pires de Oliveira Padilha *et al.* (2023). La pair-aidance pour soutenir le rétablissement en intervention précoce pour la psychose : enjeux autour de son implantation au Québec et dans la francophonie. *Santé mentale au Québec*, 48(1), 167-206.

⁵⁰ Nolin *et al.* (2016). *Op. cit.*

⁵¹ 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.

⁵² 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.

de psychose⁵³ et un meilleur taux de rétablissement fonctionnel⁵⁴. La durée de suivi, flexible selon les besoins cliniques, devrait donc être d'environ 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 plus le mieux indiqué pour le jeune ou 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 âge⁵⁵.

⁵³ 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.

⁵⁴ 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.

⁵⁵ 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.

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^{56, 57}. La présente section s'inspire de services déjà offerts dans plusieurs pays^{58, 59} et définit la gamme des services à mettre en place par l'équipe du PPEP⁶⁰.

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. L'intervenant-pivot devra parfois utiliser des moyens créatifs et innovants pour créer ce lien, ce qui permettra ensuite au jeune d'établir une relation de confiance avec l'équipe du PPEP, et ainsi amorcer un suivi thérapeutique positif basé sur la confiance mutuelle. La recherche de lien doit se faire de manière personnalisée et elle doit considérer l'ensemble des appartenances culturelles et identitaires du jeune. En effet, l'utilisation d'approches sensibles à la culture, telles que la compétence culturelle, la sécurité culturelle et l'humilité culturelle, sont essentielles pour prodiguer des soins et des services de qualité aux migrants, aux minorités ethniques et aux populations autochtones⁶¹. Aussi, l'utilisation d'une approche sensible au trauma⁶² est encouragée pour toutes les communautés en situation minoritaire, incluant les jeunes des communautés LGBTQ+, qui vivent de la discrimination systémique dans les soins et qui ont besoin d'une attention particulière.

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 de diminuer la souffrance qui y est associée. 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. L'équipe doit donc utiliser une variété de techniques et stratégies à travers lesquelles il faut faire preuve d'ouverture, de flexibilité et de créativité tout en respectant le rythme de la personne.

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.). Toutes ces démarches seront particulièrement importantes pour les jeunes en situation d'instabilité résidentielle ou d'itinérance qui présentent des besoins nombreux et complexes⁶³.

⁵⁶ Fusar-Poli *et al.* (2017). Improving outcomes of first-episode psychosis: An overview. *World Psychiatry*, 16(3), 251-265.

⁵⁷ Stavely *et al.* (2013). *Op. cit.*

⁵⁸ National Institute for Health and Care Excellence. (2016, 26 octobre). *Op. cit.*

⁵⁹ 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.

⁶⁰ Malla *et al.* (2021). Intervention précoce pour les premiers épisodes psychotiques d'hier à demain : comment relever les défis liés à son déploiement pour en maximiser les bénéfices? *Santé mentale au Québec*, 46(2), 391-415.

⁶¹ Xavier *et al.* (2021). Comment les services d'intervention précoce pour la psychose peuvent-ils mieux servir les migrants, les minorités ethniques et les populations autochtones? *Santé mentale au Québec*, 46(2), 331-364.

⁶² Centre canadien de lutte contre les toxicomanies. (2014). Les soins sensibles au traumatisme. ISBN : 978-1-77178-172-5.

⁶³ Deschênes *et al.* (2021). Comment aider les jeunes atteints de psychose à éviter l'itinérance? *Santé mentale au Québec*, 46(2), 189-216.

L'intervenant-pivot devra également accompagner activement les jeunes dans la reprise d'activités propres à leur âge (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 ses proches, et ce, tout au long du processus. Il misera sur l'appropriation de son pouvoir d'agir (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 recommandée⁶⁴.

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*⁶⁵. Les services sont dits *youth-friendly*⁶⁶ lorsqu'ils sont offerts par des intervenants soucieux des jeunes, centrés sur leurs besoins et réalisés dans un environnement accessible et chaleureux où les jeunes se sentent bien et en sécurité. Pour ce faire, il est essentiel 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 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. Minimale, ils devraient être regroupés sur une même unité d'hospitalisation où du personnel 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 de bien répondre à l'ensemble des besoins tout en soutenant un retour rapide à la trajectoire développementale normale des jeunes suivis, 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 poursuivis. Pendant les 18 premiers mois de leur suivi, les jeunes bénéficieront, en moyenne, d'une rencontre par semaine avec un intervenant du programme et d'une rencontre toutes les trois semaines avec le psychiatre. Cette intensité de service permet, entre autres, une meilleure réponse en cas de situation de crise et l'atteinte précoce des objectifs poursuivis. La flexibilité (horaire) des interventions prévues dans un PPEP permet également 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.

⁶⁴ 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.

⁶⁵ McKinlay *et al.* (2021). Young peoples' perspectives about care in a youth-friendly general practice. *Journal of Primary Health Care*, 13(2), 157-164.

⁶⁶ 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.

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. 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 sa communauté à la détection et à l'intervention précoces 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 avec des personnes susceptibles de présenter des psychoses (jeunes âgés de 12 à 35 ans, avec ou sans difficulté 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 psychologue⁶⁷. L'équipe du PPEP doit faire connaître ses services et ses mécanismes d'accès à ses partenaires pour qu'ils puissent 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 traitée⁶⁸.

Les activités de sensibilisation augmentent également 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 font pas de démarche pour obtenir des services et tendent à se marginaliser, il importe que l'équipe du

⁶⁷ 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.

⁶⁸ 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).

PPEP mène des actions lui permettant d'entrer en contact avec ces personnes et de soutenir leurs proches qui tentent d'obtenir de l'aide pour elles. Ainsi, l'équipe doit mettre en place des stratégies d'intervention et de collaboration avec les différents partenaires pour rejoindre ces personnes et les informer quant aux soins et services accessibles en lien avec leurs besoins ou leurs vécus. Les intervenants doivent également mettre en place des interventions de démarchage, aussi connues sous le nom d'« *outreach* ». Ces interventions consistent à adopter une approche proactive en allant directement vers les personnes là où elles se trouvent. L'objectif est d'établir des liens de confiance, de fournir des interventions appropriées et d'accompagner les individus vers les services et les ressources qui leur conviennent. Dans le cadre de cette stratégie, il est également important de nouer des partenariats avec divers acteurs clés, tels que les centres locaux d'emploi, les propriétaires de logements, les organismes communautaires (notamment ceux qui proposent des groupes de soutien aux personnes et aux familles), les policiers, Aire ouverte, qui a également comme objectif de mener des activités de démarchage, et bien d'autres.

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 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 contribuant à un meilleur rétablissement clinique et fonctionnel^{69, 70, 71}. 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 et de son efficacité, tout en limitant les effets indésirables pouvant nuire au rétablissement ou compromettre sa santé physique. Des interventions motivationnelles sont souvent requises pour favoriser l'adhésion au traitement. On préconise une prise de décision partagée pouvant inclure non seulement le jeune et son psychiatre, mais aussi ses proches et les autres membres de l'équipe⁷². 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 signifiants pour le jeune.

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 Bécharde *et al.* (2021). Une approche de la psychopharmacologie des premiers épisodes psychotiques axée sur le rétablissement. *Santé mentale au Québec*, 46(2), 113-137.

⁷¹ Abdel-Baki *et al.* (2020) Impact of early use of long-acting injectable antipsychotics on psychotic relapses and hospitalizations in first-episode psychosis. *International Clinical Psychopharmacology*, 35(4), 221-228.

⁷² 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.

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

La thérapie cognitivo-comportementale de la psychose a été grandement étudiée et a démontré son efficacité pour réduire les symptômes positifs et négatifs, diminuer le trauma en lien avec le fait d'avoir vécu un épisode psychotique, améliorer le fonctionnement global et plus encore⁷³. Les interventions intégrant des techniques issues de l'approche cognitivo-comportementale⁷⁴ sont offertes principalement par l'intervenant-pivot. Ces interventions incluent de l'éducation psychologique sur la psychose et le traitement, la normalisation des expériences psychotiques, la prévention des rechutes par le développement de stratégies d'adaptation, la gestion du stress et des symptômes, etc. Dans certains cas, un 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.), ou encore lorsque le jeune présente une faible estime de soi, etc. L'équipe du PPEP doit donc avoir la possibilité de le diriger 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.

3.7 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^{75, 76}. Le traitement pharmacologique, bien que son efficacité soit reconnue, est associé à des effets indésirables potentiels importants sur la santé physique, comme la prise de poids et le syndrome métabolique (environ 50 %)⁷⁷. De plus, il a été démontré que les personnes présentant un trouble psychotique sont moins enclines à consulter lorsqu'elles ont un problème de santé physique, et que lorsqu'elles consultent, elles sont traitées de façon moins proactive que les personnes ne présentant pas de tel trouble⁷⁸.

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 rétablissement⁷⁹. Un suivi des effets indésirables, notamment un suivi métabolique protocolisé et systématisé, doit être impérativement mis en place. Un soutien pharmacologique et/ou psychologique à la cessation tabagique doit être systématiquement offert. 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, un médecin consultant ou son pharmacien communautaire lorsque sa

⁷³ Thibaudeau *et al.* (2021) Les interventions psychosociales destinées aux personnes composant avec un premier épisode psychotique : une revue narrative et critique. *Santé mentale au Québec*, 46(2), 217-247.

⁷⁴ Paquette-Houde *et al.* (2018) Guide de pratique pour le traitement cognitif-comportemental des troubles psychotiques (1^{ère} éd.). Éditeur : Goulet, J, TCC Montréal. 142 pages.

⁷⁵ 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.

⁷⁶ Correll *et al.* (2014). Cardiometabolic risk in patients with first-episode schizophrenia spectrum disorders. *JAMA Psychiatry*, 71(12), 1350-1363.

⁷⁷ Early Psychosis Guidelines Writing Group and EPPIC National Support Program. (2016). *Op. cit.*

⁷⁸ Maj, M. (2008). Physical Illness and Access to Medical Services in People with Schizophrenia. *International Journal of Mental Health*, 37(1), 13-21.

⁷⁹ Romain *et al.* (2021) Mens sana in corpore sano: l'intérêt de l'activité physique auprès des jeunes ayant eu un premier épisode psychotique. *Santé mentale au Québec*, 46(2), 249-276.

condition de santé le requiert. En l'absence d'un suivi adéquat en première ligne, il est préconisé que l'équipe du PPEP développe sa capacité à gérer certaines conditions communes découlant du traitement.

3.8 Interventions pour les troubles concomitants

On observe une prévalence élevée de troubles mentaux qui coexistent avec la psychose⁸⁰. Parmi ceux-ci, notons la dépression (40 %)⁸¹, les troubles anxieux (jusqu'à 50 %)⁸², les états de stress post-traumatique (10-15 %)⁸³, le trouble de personnalité limite (22 %)⁸⁴, le jeu problématique (5 fois plus élevé que dans la population générale)⁸⁵ et la consommation de substances (60 %)⁸⁶. Ces conditions doivent toutes être systématiquement évaluées, car elles sont généralement sous-détectées en clinique, alors que leur identification et leur traitement peuvent constituer un puissant levier vers le rétablissement. 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.

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 chez les jeunes qui vivent un premier épisode de psychose (jusqu'à 27 % auront des idées suicidaires et 21 % feront une tentative de suicide dans les premières années suivant l'apparition de la psychose) peut être considérablement réduit par des interventions intensives visant le rétablissement et le bien-être^{87, 88}.

L'approche intégrée des troubles concomitants est en cohérence avec les orientations du Plan d'action interministériel en dépendance (PAID) 2018-2028 (MSSS, 2018) qui prône un décloisonnement des services en dépendance, en santé mentale et en itinérance ainsi que l'adoption d'une approche globale dans le traitement de la personne. L'évaluation des enjeux cliniques découlant des troubles concomitants ainsi que les interventions qui en résultent doivent respecter les recommandations des experts⁸⁹, soit :

⁸⁰ 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.

⁸¹ Upthegrove et al. (2017). Depression and schizophrenia: Cause, consequence, or trans-diagnostic Issue? *Schizophrenia Bulletin*, 43(2), 240-244.

⁸² Corbeil et al. (2021). Détecter et traiter les troubles comorbides aux premiers épisodes psychotiques : un levier pour le rétablissement. *Santé mentale au Québec*, 46(2), 307-330.

⁸³ 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.

⁸⁴ Francey et al. (2018). Does co-occurring borderline personality disorder influence acute phase treatment for first-episode psychosis? *Early Intervention in Psychiatry*, 12(6), 1166-1172. Doi: 10.1111/eip.124351166

⁸⁵ Demers, M.F. (2024). Comprendre le lien entre le jeu problématique et les troubles psychotiques chez les jeunes : une nouvelle voie vers le rétablissement? (2020-0JUR-286304). Québec : FRQS et MSSS.

⁸⁶ 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.

⁸⁷ Sicotte et al. (2021) A systematic review of longitudinal studies of suicidal thoughts and behaviors in first-episode-psychosis: course and associated factors. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 56, 2117-2154.

⁸⁸ 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.

⁸⁹ Centre d'expertise et de collaboration en troubles concomitants. (2019). *Les troubles concomitants : synthèse des connaissances*.

- effectuer un repérage, une détection et une évaluation systématique à l'aide d'outils cliniques validés (ex. : AUDIT, DALI, SDS, DÉBA-A, DÉBA-D);
- prendre le temps de créer l'alliance thérapeutique, être empathique, à l'écoute des besoins de la clientèle et intervenir sans jugement;
- favoriser la participation des proches et les soutenir;
- favoriser l'utilisation d'approches d'intervention fondées sur des données probantes;
- permettre un accès facile, simple et équitable à partir de points d'entrée multiples, peu importe l'endroit où l'utilisateur s'adresse initialement;
- amorcer un processus clinique systématique pour favoriser une offre de services cohérente (se référer à la section 4);
- favoriser une organisation du travail qui permet une coordination et une continuité de services intégrés et adaptés aux situations complexes vécues par la clientèle;
- mettre en place des mécanismes de soutien et d'encadrement de la pratique clinique en matière de troubles concomitants (formation, soutien clinique...).

Il est essentiel d'assurer un repérage, une détection et une évaluation de façon systématique puisque cette comorbidité contribue au retard diagnostique et, conséquemment, à l'instauration trop tardive du traitement, ce qui compromet l'évolution des jeunes. Les interventions doivent être adaptées en fonction de la motivation de l'utilisateur et doivent s'appuyer sur des approches préconisées en troubles concomitants (entretien motivationnel, réduction des méfaits, interventions issues de l'approche cognitivo-comportementale, évaluation et rétroaction quant aux TUS, à la psychose et à leur interinfluence, pharmacothérapie, etc.)⁹⁰. Tous les membres de l'équipe doivent être formés et suffisamment outillés pour repérer les troubles concomitants et adopter ces approches d'intervention reconnues.

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

L'équipe du PPEP doit offrir des services de réinsertion professionnelle, de raccrochage scolaire et de maintien en emploi et aux études, intégrés dans le PPEP⁹¹. Dès l'admission du jeune au programme, l'intervenant-pivot et l'ensemble de l'équipe le soutiennent 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 plafonner⁹², il est essentiel que les interventions visant la réinsertion professionnelle et scolaire soient commencées 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 traitement⁹³. L'intervenant-pivot travaille à prévenir le décrochage scolaire et l'interruption de l'emploi, notamment grâce à l'obtention d'accommodements et de soutien provenant des bureaux d'aide aux étudiants en situation de handicap ou des aides pédagogiques individuels, des démarches pour obtenir un soutien financier approprié (ex. : aide financière aux études, programmes d'Emploi-Québec, etc.). Il peut établir 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

⁹⁰ Ouellet-Plamondon *et al.* (2017). Premier épisode psychotique et trouble de l'usage de substance concomitants : revue narrative des meilleures pratiques et pistes d'approches adaptées pour l'évaluation et le suivi. *Santé mentale au Québec*, 46 (2), 277-306.

⁹¹ 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.

⁹² 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.

⁹³ 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.

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. La combinaison d'un case-management vocationnel à des interventions spécifiques portant sur les enjeux individuels de chaque jeune (ex. : remédiation cognitive, entraînement aux habiletés sociales, thérapie cognitivo-comportementale, etc.) est à promouvoir⁹⁴.

3.10 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 variées⁹⁵ : 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 : offrir des groupes virtuels⁹⁶, élargir l'offre de service des groupes ouverts à une population qui a des intérêts ou des besoins similaires aux jeunes suivis au PPEP, proposer des groupes multi-PPEP, etc.

3.11 Implication des proches

Selon le Guide des bonnes pratiques pour l'implication des proches en santé mentale (MSSS, 2024), la notion de proche peut désigner largement tous les membres de la famille (biparentale intacte, séparée ou recomposée) ainsi que le conjoint, la parenté, les amis, les voisins, les employeurs, les collègues de travail, etc. Les proches sont identifiés par la personne et constituent à ses yeux son réseau de soutien.

Les proches des personnes qui vivent un PEP et de celles qui présentent un EMR-P 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 de manière à documenter, entre autres, leurs connaissances sur la psychose et ses manifestations, les difficultés rencontrées et les émotions vécues en lien avec l'épisode psychotique, le niveau de participation désiré et leurs objectifs quant au suivi offert. L'évaluation se fait en respectant le consentement libre et éclairé de la personne admise, mais également en valorisant la communication avec les proches et en expliquant au jeune les avantages de cette communication. 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 au jeune de l'échange d'informations avec les proches lorsqu'il refuse initialement ces communications et elle doit 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

⁹⁴ Pothier *et al.* (2021). La réinsertion professionnelle et le retour aux études chez les personnes en début d'évolution d'un trouble psychotique. *Santé mentale au Québec*, 46(2), 161-187.

⁹⁵ Thibaut *et al.* (2021). *Op. cit.*

⁹⁶ Lecomte *et al.* (2020). Group therapy via videoconferencing for individuals with early psychosis: A pilot study. *Early Intervention in Psychiatry*, 15(6), 1437-1803.

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 auprès des proches dès la première semaine de suivi⁹⁷. 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. Les interventions auprès des proches désignent l'ensemble des contacts avec les proches qui visent à soutenir les stratégies d'adaptation des proches, aider les proches à devenir des partenaires dans l'adhérence au suivi et à collaborer au plan de prévention des rechutes, développer des stratégies de résolution de problèmes ou de communication, comprendre la psychose, le traitement et le rétablissement, etc. L'intervenant-pivot est le principal responsable du soutien aux proches : 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 les proches 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 intervenant-ressource en approche familiale pour offrir un soutien et des interventions plus approfondis 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 afin d'y recommander les proches qui bénéficieront de leurs services. L'équipe du PPEP bénéficiera de l'accès à un pair-aidant-famille, soit une personne ayant traversé un épisode de soins pour l'un de ses proches. Ce soutien par les pairs permet de réduire les sentiments d'impuissance et d'anxiété vécus par les proches et contribue à retrouver l'espoir du rétablissement⁹⁸.

3.12 Participation aux hospitalisations

Bien que le PPEP vise à limiter le recours aux hospitalisations, celles-ci sont parfois nécessaires. Lorsqu'un jeune doit être hospitalisé, il est essentiel que l'équipe du PPEP soit proactive et reste en contact avec le jeune ainsi que l'équipe soignante, que ce soit sur une unité de soins psychiatrique ou à domicile. 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, au moins une fois par semaine, en vue de poursuivre les démarches axées sur le rétablissement, lorsque possible. La communication avec l'équipe de soins est aussi essentielle pour maintenir le cap sur les objectifs de rétablissement du jeune. L'intervenant devrait participer aux réunions d'équipe de l'unité de soins et/ou aux rencontres bilans. L'intervenant-pivot s'assure également de collaborer à la planification du congé avec l'équipe traitante afin que le retour dans le milieu de vie soit réalisé de manière sécuritaire. Idéalement, le psychiatre du PPEP devrait poursuivre le suivi médical dans le but d'assurer une cohérence dans les soins offerts.

⁹⁷ Morin et al. (2021). Les approches familiales en intervention précoce : repères pour guider les interventions et soutenir les familles dans les programmes d'interventions pour premiers épisodes psychotiques. *Santé mentale au Québec*, 46(2), 139-159.

⁹⁸ Briand et al. (2016). Mettre à contribution le vécu expérientiel des familles : l'initiative Pair Aidant Famille. *Santé mentale au Québec*, 41(2), 177-195.

4 Processus cliniques au PPEP

Les personnes suivies au PPEP ont des besoins variés, complexes et évolutifs. Afin d'assurer une prestation harmonieuse de soins et de services efficaces, il est essentiel que l'équipe adopte et respecte un processus clinique rigoureux. Le processus clinique doit être soutenu par une prise de décision partagée entre l'intervenant-pivot (et l'équipe), la personne suivie et ses proches afin d'optimiser les interventions offertes.

4.1 Collecte de données et analyse initiale

Lorsqu'une personne est nouvellement admise, il est nécessaire de collecter des informations afin de mieux comprendre sa situation et d'identifier ses besoins. Cette collecte doit inclure l'ensemble des éléments biopsychosociaux ayant pu contribuer à l'apparition de la psychose ainsi que les aspects du fonctionnement psychosocial actuel et antérieur du jeune⁹⁹. Cette collecte d'informations se veut un complément à celles déjà recueillies (informations du référent, informations du triage, évaluation psychiatrique, etc.). Le document utilisé pour cette collecte, qu'il s'agisse d'une collecte de données ou d'une évaluation professionnelle, doit mener à une analyse initiale globale des besoins dans tous les domaines de vie, tout en respectant les balises et les procédures de l'établissement. Afin d'obtenir un portrait complet et précis des besoins de la personne, des observations cliniques directes dans son environnement de vie et des échanges avec ses proches sont également nécessaires. Des outils de repérage doivent être utilisés pour documenter les possibles troubles concomitants, mais des outils d'évaluation complémentaires peuvent également être utilisés au besoin.

Le processus de collecte de données pour la première planification du PI est généralement estimé à environ huit semaines. Par la suite, l'intervenant identifie les enjeux cliniques avec la personne et doit être en mesure de tracer un portrait clinique basé sur ses connaissances cliniques et théoriques des meilleures pratiques en intervention précoce de la psychose. L'analyse des liens entre les différentes informations recueillies permettra à l'intervenant de mieux comprendre la situation de l'utilisateur et il pourra s'appuyer sur cette analyse pour guider les priorités d'intervention.

4.2 Planification du plan d'intervention

En accord avec les articles 102 et 104 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux¹⁰⁰, 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. L'équipe du PPEP fait participer activement l'utilisateur 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.

Le PI est un document formel qui représente le contrat de service entre l'équipe et la personne suivie. C'est l'intervenant-pivot qui a la responsabilité de rédiger le PI et de s'assurer qu'il est en cohérence avec les enjeux cliniques relevés dans l'analyse. Le premier PI doit être rédigé dans les huit premières semaines de suivi.

L'intervenant-pivot est responsable d'objectiver la situation actuelle de la personne afin de définir en quoi un suivi au PPEP peut lui permettre d'améliorer son autonomie fonctionnelle et de prévenir les rechutes psychotiques. Plus précisément, on doit être en mesure d'identifier quels sont les

⁹⁹ Early Psychosis Guidelines Writing Group and EPPIC National Support Program. (2016). *Op. cit.*

¹⁰⁰ 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>

enjeux cliniques faisant obstacle au fonctionnement. Les domaines de vie suivants devraient tous être explorés et les enjeux de fonctionnement clairement identifiés :

- Santé mentale;
- Dépendance;
- Santé physique;
- Milieu de vie et vie quotidienne;
- Relations familiales et sociales;
- Finances;
- Travail, école et autres occupations.

Dans une optique d'intervention axée sur le rétablissement, l'intervenant doit solliciter le jeune afin qu'il s'exprime sur les éléments de la situation actuelle soulevée par l'intervenant. Ainsi, le PI permettra de documenter la perception que la personne a de sa situation pour chacun des domaines de vie ainsi que ses aspirations et ses désirs. L'élaboration des objectifs du PI doit se faire de manière collaborative, en tenant compte des enjeux cliniques soulevés par l'intervenant et des désirs du jeune.

Le PI doit inclure des objectifs qui sont formulés de manière *SMART*¹⁰¹. Cette formulation favorise une meilleure compréhension des tâches à accomplir par les équipes et facilite le suivi et l'évaluation des progrès réalisés vers l'atteinte de ces objectifs. L'acronyme *SMART* signifie que les objectifs doivent être **spécifiques** et répondre aux enjeux identifiés lors de l'analyse des besoins. Ils doivent également être **mesurables** afin de pouvoir évaluer la progression de la personne dans chaque domaine de vie. Pour atteindre les composantes *SMART*, l'intervenant engage une discussion avec la personne pour l'aider à identifier des objectifs **atteignables** en tenant compte des capacités et des ressources disponibles. De plus, il est essentiel que les objectifs soient **réalistes**, c'est-à-dire qu'ils doivent être pertinents et significatifs pour la personne suivie et présenter un niveau de défi approprié pour la motiver. Enfin, les objectifs doivent être définis dans un **temps** précis afin de guider les interventions à mettre en place.

Pour permettre l'atteinte des objectifs inscrits au PI, les intervenants et la personne suivie utiliseront divers moyens. Ceux-ci peuvent inclure des actions individuelles de la part de la personne suivie, des actions posées par les intervenants engagés dans le suivi ou encore des actions posées par les partenaires ou l'entourage. Les moyens initialement proposés seront réévalués, ajustés et bonifiés durant le suivi, selon l'évolution de la situation. La persévérance, la créativité et la flexibilité sont de mise pour favoriser l'engagement des personnes suivies, et ainsi augmenter l'adhésion au suivi.

4.3 Actualisation de l'intervention

Une fois que le PI est élaboré, il est important que les intervenants et la personne suivie évaluent régulièrement si les interventions permettent l'atteinte des objectifs visés. Les intervenants sont encouragés à utiliser des approches cliniques reconnues pour s'assurer que les interventions soient efficaces. Si, malgré les ajustements apportés aux interventions, les objectifs demeurent difficiles à atteindre, l'intervenant-pivot est encouragé à solliciter l'aide de l'équipe pour bénéficier de conseils et de soutien clinique en vue de mettre en place des stratégies différentes ou complémentaires, demander de la cointervention ou exceptionnellement, demander à ce qu'un collègue intervienne auprès du jeune si les interventions requises dépassent ses limites personnelles ou professionnelles. Si nécessaire, la révision du PI sera effectuée avant l'échéance prévue.

¹⁰¹ Institut national de santé publique du Québec. (2022). *Planifier la réalisation du projet*.

4.4 Bilan et révision des objectifs : poursuite du suivi, fin du suivi ou transfert vers un autre partenaire

Pour chaque personne suivie, l'évaluation du niveau d'atteinte des objectifs et leur révision doivent se faire dans un délai maximal de six mois. L'intervenant doit réévaluer la situation de la personne ainsi que l'effet des interventions réalisées sur l'atteinte des objectifs fixés. Il devra également discuter avec la personne suivie afin de bien saisir sa perception de la situation, puis vérifier si les attentes et les priorités ont changé. Pour les jeunes suivis au PPEP depuis au moins deux ans, cette révision est également le moment de déterminer si un suivi au PPEP est toujours pertinent. Selon les résultats de ce bilan, la possibilité d'une poursuite de suivi, d'un transfert vers un partenaire répondant mieux aux besoins de la personne ou d'une fin de suivi pourra être envisagée.

4.4.1 Poursuite du suivi

Dans le cas où la personne nécessite toujours un requis de services correspondant au PPEP, un nouveau PI doit être élaboré selon les conditions énumérées à la section 4.2 et les suivantes. Ce dernier demeure l'outil incontournable pour travailler de nouveaux objectifs de réadaptation psychosociale, et ainsi poursuivre la planification et l'offre de soins et services du programme.

4.4.2 Fin du suivi ou transfert vers un autre partenaire

Dans le cas où il est déterminé que la personne n'a plus besoin d'un PPEP, il est important que l'équipe du PPEP établisse des liens avec les autres services qui prendront la relève après la période de soins et services¹⁰². 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, de l'équipe de santé mentale de première ligne ou des GMF. Avant le transfert, le jeune et ses proches doivent comprendre le fonctionnement de la prochaine équipe traitante.

La période de transfert doit être accompagnée d'un plan 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. Pendant l'attente de la prise en charge par le nouveau service lors d'un transfert, le PPEP demeure responsable du suivi.

Lors de la fermeture de l'épisode de soins ou du transfert à un autre programme, l'intervenant doit rédiger une note synthèse au dossier. Cette note résumera la situation de la personne lors de la demande de suivi, les services offerts, un bilan de l'atteinte ou non des objectifs et l'orientation proposée. Cette note permet de dresser un bilan complet de l'épisode de soins et de services et de faire une synthèse des interventions effectuées. Cette dernière pourra être utile au nouveau service ou advenant une nouvelle demande de service.

¹⁰² Malla *et al.* (2021) *Op. cit.*

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 à la maladie, à l'équipe traitante et à l'autorité en général. De plus, 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, autorisations de soins 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 de conserver leur expertise 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 PPEP¹⁰³. 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 de façon individuelle, 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 favorisera l'amélioration de la qualité des services offerts. Ce soutien individuel inclut ce qui suit :

- Réviser la charge de cas de l'intervenant (nombre par rapport à la complexité des cas, parler de tous les usagers).
- Offrir de la rétroaction sur les outils cliniques complétés par l'intervenant (plan d'intervention, rapports/collectes de données, etc.).
- Aborder les techniques et stratégies reliées aux compétences du savoir et du savoir-faire relatifs à la pratique PPEP (à l'aide d'études de cas, de jeux de rôles, etc.).

¹⁰³ Bertulies-Esposito *et al.* (2021). L'union fait la force : initier un mouvement francophone national et international pour l'implantation de l'intervention précoce. *Santé mentale au Québec*, 46(2), 365-389.

Cadre de référence
Programmes pour premiers épisodes psychotiques

- Discuter des situations qui sont plus complexes, des impasses thérapeutiques, et des difficultés vécues par l'intervenant.
- Accompagner l'intervenant lors de certaines interventions.

Des rencontres de soutien clinique de groupe doivent également être organisées, que ce soit pendant les réunions d'équipe ou lors d'autres activités d'équipe (co-développement, discussion de cas complexes, etc.).

La participation fréquente à des réunions pour l'ensemble des membres de l'équipe, incluant les psychiatres dédiés, 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'équipe¹⁰⁴ :

- 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 et pour effectuer avec eux les démarches administratives requises par leur situation.

¹⁰⁴ Rapp, C. A. et Goscha, R. J. (2006). *The strengths model: Case management with people with psychiatric disabilities* (2^e éd.). Oxford University Press.

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 pour 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 favoriser l'harmonisation des données recueillies, un guide de saisie a été élaboré et remis à chaque ESSS.

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 s'assurera d'effectuer un suivi et d'offrir un 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, 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 présente un EMR-P 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.

Objectifs de qualité	Normes de pratique
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.
	L'admission au programme se fait dans un délai maximal de 14 jours.
	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 qui présente un EMR-P : 30 jours si stable, 15 jours si instable).
Assurer des effectifs suffisants pour offrir suffisamment de places et afin d'assurer le suivi dans le milieu de chaque personne admise au PPEP	Un requis minimal 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 moyen de personnes activement suivies au PPEP par intervenant ETC est en moyenne de 16 pour 1.
	Le ratio moyen 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 (au moins 4 jours par semaine), 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 et peut compter sur au moins trois titres d'emploi différents. Certains intervenants développent des compétences propres à l'intervention auprès des jeunes psychotiques (en réinsertion socioprofessionnelle et scolaire, en approche familiale, en dépendances, en approche cognitivo-comportementale).
	L'équipe du PPEP peut aisément consulter les professionnels consultants lorsque cela est nécessaire à l'évaluation ou au rétablissement des jeunes suivis au PPEP (pair aidant, pair aidant famille, travailleur social, psychoéducateur, ergothérapeute, psychologue, neuropsychologue, kinésiologue ou éducateur physique, conseiller d'orientation, nutritionniste, sexologue, criminologue, médecin de famille, pédiatre, pharmacien, neurologue).

Objectifs de qualité	Normes de pratique
Offrir un suivi thérapeutique dont la durée est optimale	La durée moyenne du suivi est de trois ans et est établie selon le jugement clinique de l'équipe du PPEP, en partenariat avec le jeune et ses proches.

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>).
	Le taux d'abandon des services du PPEP est de moins de 10 % par année.
	L'équipe (intervenants-pivot et psychiatre) assure le suivi du jeune, même durant les périodes d'hospitalisation.
Assurer l'intervention 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 depuis moins de 18 mois sont rencontrées en moyenne une fois par semaine par un intervenant du PPEP.
	Les personnes suivies depuis moins de 18 mois sont rencontrées en moyenne une fois toutes les trois semaines par leur psychiatre du PPEP.
Offrir à la communauté des activités de sensibilisation à la psychose	L'équipe du PPEP réalise chaque année au moins trois activités de sensibilisation à la psychose auprès de ses partenaires et des organismes travaillant avec des personnes susceptibles de présenter des psychoses.
Offrir des interventions de démarchage (<i>outreach</i>)	L'équipe du PPEP va à la rencontre des jeunes qui ne font pas de démarche pour obtenir des services, mais qui présentent des symptômes de psychose.

Objectifs de qualité	Normes de pratique
Assurer le traitement d'un PEP	L'équipe du PPEP offre un traitement pharmacologique, respectant les guides de pratique, à chaque personne qui vit un PEP, 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.
	L'équipe du PPEP offre un suivi de la condition de santé physique et des services-conseils en matière de saines habitudes de vie à chaque personne qui vit un PEP.
	L'équipe du PPEP procède à un repérage systématique des troubles concomitants (incluant la toxicomanie et le jeu pathologique) à chaque personne admise au PPEP. Elle offre un traitement et/ou une intervention appropriée à chaque personne dont le repérage s'est avéré positif.
	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 aux personnes admises 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.
	L'équipe du PPEP offre des interventions aux proches de chaque personne qui vit un PEP et qui a été admise au PPEP.

Processus cliniques au PPEP

Objectifs de qualité	Normes de pratique
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. Les informations recueillies doivent être analysées de manière à faire ressortir les liens pertinents entre les informations et à dégager les enjeux cliniques qui permettront de cibler les priorités d'intervention.
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. Il est rédigé en collaboration avec le jeune (et ses proches, si le jeune y consent). - Les enjeux cliniques doivent y être décrits de manière précise et quantifiable. - Les objectifs doivent être cohérents avec les enjeux cliniques relevés. - Les objectifs doivent être formulés de manière efficace en respectant les critères SMART.
Assurer la continuité des soins après le programme	L'équipe établit des liens avec les autres services qui prendront la relève après la période de soins et elle assure une transition graduelle pour le jeune et les proches jusqu'à ce que le transfert soit effectué.

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.
	L'équipe bénéficie d'au moins 6 heures de soutien clinique de groupe par période.
	Les intervenants du PPEP bénéficient, en moyenne, d'une heure par période de soutien clinique individuel.
	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, 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 ou SIV (ou santé mentale jeunesse).
- **Composition de l'équipe :** l'intervenant pour PEP fait partie de l'équipe SIF 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 ou SIV (ou santé mentale jeunesse).
- **Modalités cliniques :** toutes les modalités cliniques doivent être respectées pour les PPEP intégrés aux programmes SIF 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 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 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 ou SIV (ou santé mentale jeunesse) et y discutent des jeunes dont ils assurent le suivi. De plus, ils bénéficient de soutien clinique par la personne chargée d'offrir ce soutien à l'équipe SIF ou SIV (ou santé mentale jeunesse). Dans les situations où la problématique clinique s'avère 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 deuxième 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 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
- Abdel-Baki, A., Medrano, S., Maranda, C., Ladouceur, M., Ramzam, T., Stip, E et Potvin, S. (2020). Impact of early use of long-acting injectable antipsychotics on psychotic relapses and hospitalizations in first-episode psychosis. *International Clinical Psychopharmacology*, 35(4), 221-228. doi: 10.1097/YIC.0000000000000310
- 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., Gluud, C., Mors, O., Hjorthøj, 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.
- 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/>

Béchar, L., Corbeil, O., Malenfant, E., Lehoux, C., Stip, E., Roy, M.A. et Demers, M.F. (2021). Une approche de la psychopharmacologie des premiers épisodes psychotiques axée sur le rétablissement. *Santé mentale au Québec*, 46(2), 113-137. doi:10.7202/1088180ar

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., Abdel-Baki, A., Conus, P. et Krebs, M.O. (2021). L'union fait la force : initier un mouvement francophone national et international pour l'implantation de l'intervention précoce. *Santé mentale au Québec*, 46(2), 365-389. doi : 10.7202/1088189ar

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

Bertulies-Esposito, B., Sicotte, R., Iyer, S. N., Delfosse, C., Girard, N., Nolin, M., Villeneuve, M., Conus, P. et Abdel-Baki, A. (2021). Détection et intervention précoce pour la psychose : pourquoi et comment? *Santé mentale au Québec*, 46(2), 45-83. doi :10.7202/1088178ar

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

Briand, C., St-Paul, R.A. et Dubé, F. (2016). Mettre à contribution le vécu expérientiel des familles : l'initiative Pair Aidant Famille. *Santé mentale au Québec*, 41(2), 177-195. doi : 10.7202/1037964ar

Centre canadien de lutte contre les toxicomanies. (2014). Les soins sensibles au traumatisme. <https://www.ccsa.ca/sites/default/files/2019-04/CCSA-Trauma-informed-Care-Toolkit-2014-fr.pdf>

- Centre d'expertise et de collaboration en troubles concomitants. (2019). *Les troubles concomitants : synthèse des connaissances*.
https://ruisss.umontreal.ca/wp-content/uploads/sites/61/2022/09/CECTC_2019_Texte_synth%C3%A8se_troubles_concomitants.pdf
- 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
- Corbeil, O., Bérubé, F.A., Artaud, L. et Roy, M.A. (2017). Détecter et traiter les troubles comorbides aux premiers épisodes psychotiques : un levier pour le rétablissement. *Santé mentale au Québec*, 46(2), 307-330. doi:10.7202/1088187ar
- Correll, C. U., Gallinger, 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., Provenzano, 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
- Demers, M.F. (2024). *Comprendre le lien entre le jeu problématique et les troubles psychotiques chez les jeunes : une nouvelle voie vers le rétablissement?* (2020-OJUR-286304). Québec : FRQS et MSSS.
- Deschênes, J.M., Roy, L., Girard, N. et Abdel-Baki, A. (2021). Comment aider les jeunes atteints de psychose à éviter l'itinérance? *Santé mentale au Québec*, 46(2), 189-216. doi:10.7202/1088183ar

- 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>
- Francey, S.M., Jovev, M., Phassouliotis, C., Cotton, S.M. et Chanen, A.M. (2018). Does co-occurring borderline personality disorder influence acute phase treatment for first-episode psychosis? *Early Intervention in Psychiatry*, 12(6), 1166-1172. Doi: 10.1111/eip.124351166
- 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/fpsyt.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., Settipani, C., Relihan, J., Darnay, K., Chaim, G. et Henderson, J. (2019). What makes mental health and substance use services youth friendly? A scoping review of literature. *BMC Health 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 schizophréniques: 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 10 décembre 2024 de <https://www.cihi.ca/fr/indicateurs/nombre-total-de-jours-dhospitalisation-en-raison-dun-probleme-de-sante-mentale-ou-dutilisation-de>
- Institut national de santé publique du Québec. (2022). *Planifier la réalisation du projet*. <https://www.inspq.qc.ca/exercer-la-responsabilite-populationnelle/realiser-projet-en-lien-responsabilite-populationnelle/planifier-realisation-du-projet-convenir-modalites-soutien/planifier-realisation-du-projet>
- 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
- Lecomte, T., Abdel-Baki, A., Francoeur, A., Cloutier, B., Leboeuf, A., Abadie, P., Villeneuve, M. et Guay, S. (2020). Group therapy via videoconferencing for individuals with early psychosis: A pilot study. *Early Intervention in Psychiatry*, 15(6), 1437-1483. doi: 10.1111/eip.13099
- 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

- Maj, M. (2008). Physical Illness and Access to Medical Services in People with Schizophrenia. *International Journal of Mental Health*, 37(1), 13-21. doi: 10.2753/IMH0020-7411370101
- 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
- Malla, A., Roy, M.A., Abdel-Baki, A., Conus, P. et McGorry, P. (2021). Intervention précoce pour les premiers épisodes psychotiques d'hier à demain : comment relever les défis liés à son déploiement pour en maximiser les bénéfices? *Santé mentale au Québec*, 46(2), 391-415. doi : 10.7202/1088190ar
- 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., Vázquez-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>

- Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2018b). *Plan d'action interministériel en dépendance 2018-2028 : prévenir, réduire et traiter les conséquences associées à la consommation de substances psychoactives, à la pratique des jeux de hasard et d'argent et à l'utilisation d'Internet*. Gouvernement du Québec.
<https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-002078/>
- Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2024). *Guide des bonnes pratiques pour l'implication des proches en santé mentale : considérer, intégrer, outiller*. Gouvernement du Québec.
<https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2023/23-914-10W.pdf>
- Morin, J.-F., Daneault, J.-G., Krebs, M.-O., Shah, J. et Solida-Tozzi, A. (2021). L'état mental à risque : au-delà de la prévention de la psychose. *Santé mentale au Québec*, 46(2), 85–112. doi : 10.7202/1088179ar
- Morin, M. H., Bergeron, A.M., Levasseur, M.A., Iyer, S.N. et Roy, M.A. (2021). Les approches familiales en intervention précoce : repères pour guider les interventions et soutenir les familles dans les programmes d'interventions pour premiers épisodes psychotiques. *Santé mentale au Québec*, 46(2), 139-159. doi : 10.7202/1088181ar
- 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. (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
- Ouellet-Plamondon, C., Abdel-Baki, A. et Jutras-Aswad, D. (2017). Premier épisode psychotique et trouble de l'usage de substance concomitants : revue narrative des meilleures pratiques et pistes d'approches adaptées pour l'évaluation et le suivi. *Santé mentale au Québec*, 46(2), 277-306. Doi : 10.7202/1088186ar
- 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 Ayesa-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
- Pires de Oliveira Padilha, P., Gagné, G., Iyer, S.N., Thibeault, E., Levasseur, M.A., Massicotte, H. et Abdel-Baki, A. (2023). La pair-aidance pour soutenir le rétablissement en intervention précoce pour la psychose : enjeux autour de son implantation au Québec et dans la francophonie. *Santé mentale au Québec*, 48(1), 167-206.
- Pothier, W., Lecomte, T., Cellard, C., Delfosse, C., Fortier, S. et Corbière, M. (2021). La réinsertion professionnelle et le retour aux études chez les personnes en début d'évolution d'un trouble psychotique. *Santé mentale au Québec*, 46(2), 161-187. doi : 10.7202/1088182ar
- Rapp, C. A. et Goscha, R. J. (2006). *The strengths model: Case management with people with psychiatric disabilities* (2^e éd.). Oxford University Press.
- Romain, A. J., Bernard, P., Piché, F., Kern, L., Ouellet-Plamondon, C., Abdel-Baki, A et Roy, M.A. (2021) Mens sana in corpore sano: l'intérêt de l'activité physique auprès des jeunes ayant eu un premier épisode psychotique. *Santé mentale au Québec*, 46(2), 249-276. doi : 10.7202/1088185ar
- 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 Ivarez-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
- Sicotte, R., Iyer, S.N., Kiepora, B. et Abdel-Baki, A. (2021) A systematic review of longitudinal studies of suicidal thoughts and behaviors in first-episode-psychosis: course and associated factors. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 56, 2117-2154. doi: 10.1007/s00127-021-02153-2
- 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
- Thibaudeau, E., Raucher-Chéné, D., Lecardeur, L., Cellard, C., Lepage, N. et Lecomte, T. (2021) Les interventions psychosociales destinées aux personnes composant avec un premier épisode psychotique : une revue narrative et critique. *Santé mentale au Québec*, 46(2), 217-247. doi : 10.7202/1088184ar
- Uptegrove, 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
- Xavier, S. M., Jarvis, G. E., Ouellet-Plamondon, C., Gagné, G., Abdel-Baki, A. et Iyer, S. N. (2021). Comment les services d'intervention précoce pour la psychose peuvent-ils mieux servir les migrants, les minorités ethniques et les populations autochtones? *Santé mentale au Québec*, 46(2), 331-364. doi:10.7202/1088188ar
- 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 et PPEP 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.

Entretien motivationnel

« L'entretien motivationnel est un style de conversation collaborative permettant de renforcer la motivation propre d'une personne et son engagement vers le changement¹⁰⁵. »

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 ensemble¹⁰⁶. » 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 la personne aidante 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.

¹⁰⁵ Association francophone de diffusion de l'entretien motivationnel (s.d.). *L'entretien motivationnel*. <https://afdem.org/entretienmotivationnel/>

¹⁰⁶ 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

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.

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.

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 consommation¹⁰⁷. »

Rétablissement

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

SIF

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

¹⁰⁷ Association des intervenants en dépendance du Québec. (s. d.). *Réduction des méfaits*. <https://aidq.org/reduction-des-mefaits>

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.

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 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.

