

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

### Early Detection and Intervention for Psychosis: Why and How?

Bastian Bertulies-Esposito, Roxanne Sicotte, Srividya N. Iyer, Cynthia Delfosse, Nicolas Girard, Marie Nolin, Marie Villeneuve, Philippe Conus and Amal Abdel-Baki

Volume 46, Number 2, Fall 2021

Premiers épisodes psychotiques : défis pratiques de l'intervention précoce

URI: <https://id.erudit.org/iderudit/1088178ar>  
DOI: <https://doi.org/10.7202/1088178ar>

[See table of contents](#)

Publisher(s)

Revue Santé mentale au Québec

ISSN

0383-6320 (print)  
1708-3923 (digital)

[Explore this journal](#)

Cite this article

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

Article abstract

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

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

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

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

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

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

Bastian Bertulies-Esposito<sup>a</sup>

Roxanne Sicotte<sup>b</sup>

Srividya N. Iyer<sup>c</sup>

Cynthia Delfosse<sup>d</sup>

Nicolas Girard<sup>e</sup>

Marie Nolin<sup>f</sup>

Marie Villeneuve<sup>g</sup>

Philippe Conus<sup>h</sup>

Amal Abdel-Baki<sup>i</sup>

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

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

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

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

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

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

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

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

## Early Detection and Intervention for Psychosis: Why and How?

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

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

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

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

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

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

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

## **Méthode**

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

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

## Résultats

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

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

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

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

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

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



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

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

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

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

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

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

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

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

### **Quelles sont les particularités des PPEP qui les rendent uniques ?**

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

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

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

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

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

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

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

TABLEAU 1

## Composantes essentielles du modèle PPEP à prioriser

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

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

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

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



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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

## **Discussion**

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

### **Critiques du modèle PPEP**

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

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

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

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



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

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



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

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

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

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

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

## Limites

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

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

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

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

## **Perspectives d'avenir**

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

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

## Conclusion

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

## RÉFÉRENCES

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

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

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

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



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



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

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

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

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

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

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



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

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