



Consortium canadien
**d'intervention précoce
pour la psychose**

IPP chez les communautés marginalisées



Amal Abdel-Baki, M.D., M. Sc., FRCPC

Clinique JAP-Centre hospitalier de l'Université de Montréal-CHUM
Professeure titulaire, Département de psychiatrie, Université de Montréal
Chercheuse, CRCHUM
Montréal (Québec)



Suzanne Archie, M.D., FRCPC (elle/la)

Professeure, Département de psychiatrie et des sciences du comportement, Université McMaster
Ancienne présidente du groupe de travail à *EPION Research*
Présidente contre le racisme contre les Noirs, Département de psychiatrie et des sciences du comportement
Membre du Centre Peter Boris pour la recherche sur les dépendances
Hamilton (Ontario)



Victoria Patterson, Ph. D., Psy.

Psychologue (pratique supervisée)
Hamilton Health Sciences – McMaster Children's Hospital
Hamilton (Ontario)





Consortium canadien
**d'intervention précoce
pour la psychose**

IPP chez les jeunes transgenres et non binaires

Victoria Patterson, Ph. D., Psy.

Divulgence d'intérêts

Dre Victoria Patterson

- Aucune



Objectifs d'apprentissage

Après avoir pris part à cette session, les participants seront mieux à même de faire ce qui suit :

- Évaluer les défis uniques auxquels les jeunes non binaires et transgenres font face en relation avec le traitement de la psychose et des troubles de santé mentale;
- Identifier les biais pouvant avoir un impact sur les jeunes non binaires et transgenres qui vivent avec la psychose;
- Appliquer des stratégies factuelles pour fournir des soins d'affirmation par des personnes compétentes adaptés aux besoins des jeunes non binaires et transgenres atteints de psychose;
- Mettre en place des approches proactives d'autoéducation et de développement professionnel continu centrées sur la compétence culturelle des employés œuvrant auprès des jeunes de diversité de genre.



Prévalences

- Moins bonne santé mentale chez les personnes trans que les personnes cis;
Dhejne et al., 2016; McNeil et al., 2017; Millet et al., 2017; Bauer et al., 2015
- Troubles du spectre de la schizophrénie; plus prévalents chez les personnes trans que les personnes cis
Dragon et al., 2017; Becerra-Culqui et al., 2018
- Stress minoritaire relié au développement d'une maladie mentale
Hendricks & Testa, 2012, Parr & Howe, 2019

Transgenre (trans) :

Barr, Roberts, & Thakkar, 2021

Adjectif décrivant les personnes dont le genre diffère de leur sexe biologique; inclut les identités à l'extérieur du modèle binaire de genre (p. ex. non binaire, agenre, bispirituel)



Enjeux cliniques

- **Démêler l'identité des symptômes psychotiques**
(Barr et al., 2021; Coutin et al., 2018; Kennedy-Olson et al. 2016)
- **Retards et difficultés à accéder à des soins d'affirmation de genre**
(Petra et al., 2020; Snow et al., 2019; Hunt, 2014)
- **Risque accru de suicide et d'enjeux d'usage de substances**
(Pompili et al., 2011; Adams, Hitomi, & Moody, 2017; Connolly & Gilchrist, 2020; Gonzalez et al., 2017)



Enjeux cliniques

- Moins bonne observance au traitement
(Eliasson et al., 2021; Lally & MacCabe, 2015; Day et al., 2005)
- Intersectionnalité : Multiples identités marginalisées
(Barr et al., 2021)



Que peut-on faire pour aider?

- Obtenir des informations reliées au genre (p. ex. développement du genre) et aux enjeux trans;
- Aborder ouvertement le genre avec les clients;
- Soutenir les connexions aux ressources/réseaux communautaires.



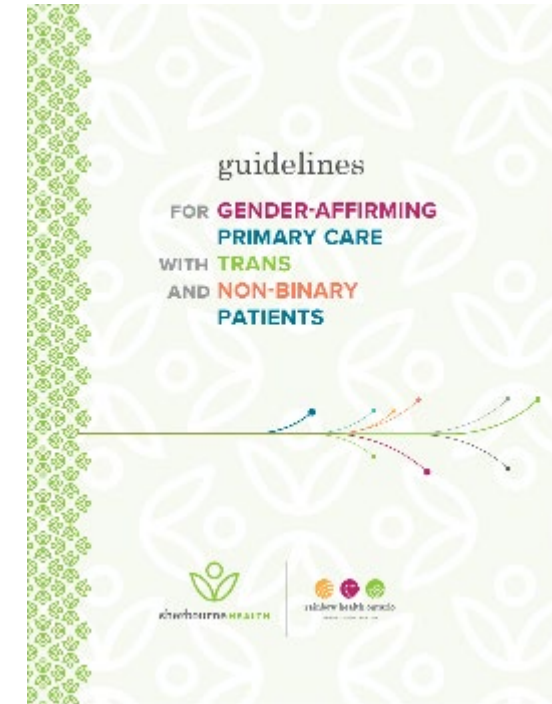
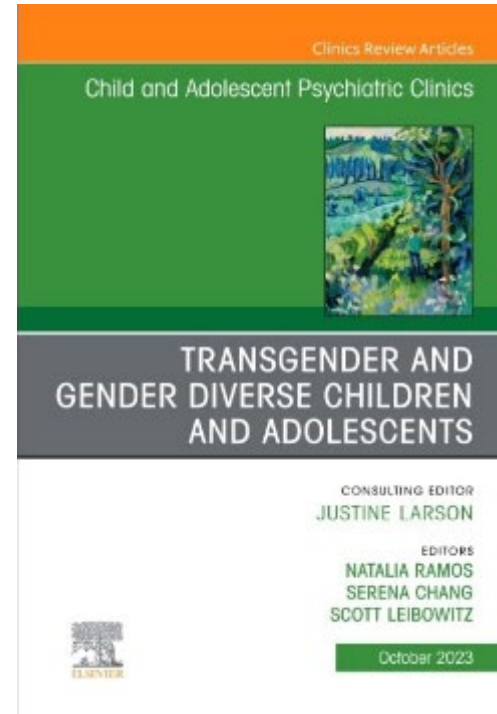
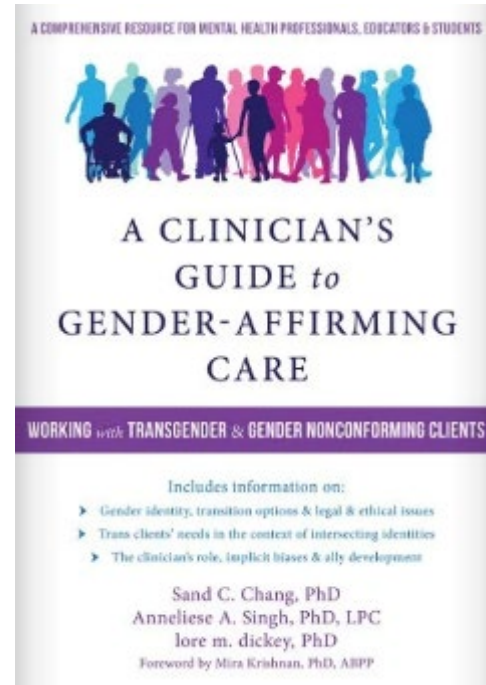
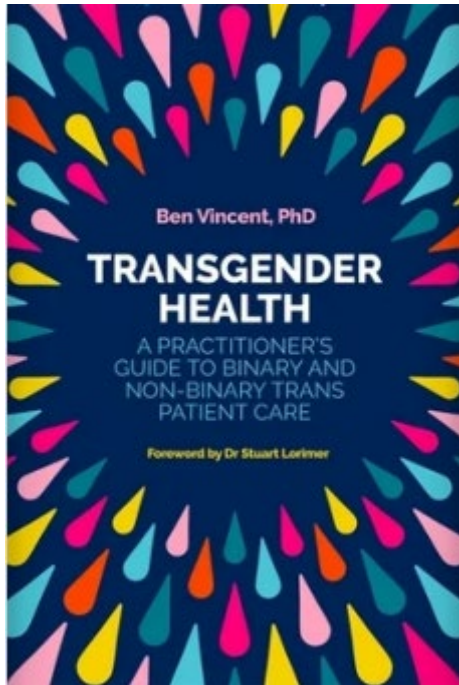
Principaux points à retenir

- Les jeunes trans et non binaires éprouvent plus de problèmes de santé mentale, incluant des taux accrus de troubles psychotiques;
- Les jeunes trans et non binaires atteints de psychose sont à risque très élevé de suicide et d'enjeux d'usage de substances;
- Souvent, ces jeunes anticipent et connaissent des expériences négatives avec les soins de santé (p. ex. mégenrage), et ils vivent fréquemment le fardeau d'éduquer leurs professionnels de la santé à propos des enjeux liés au genre;
- Les individus ayant eu des expériences psychotiques ont plus de difficultés à avoir accès aux interventions d'affirmation de genre (p. ex. hormones, chirurgie);
- Les relations positives avec les professionnels de la santé sont associées à une meilleure observance à la médication.



Ressources

Livres/guides :



Webinaires :

- <https://vimeo.com/885243487>



Ressources

Articles, sites Web :

- **WPATH Standards of Care** (<https://www.wpath.org/>)
- **Trans Lifeline's Provider Training Program** – Training sessions for healthcare professionals to help improve cultural competence and crisis intervention skills for transgender and nonbinary patients (<https://translifeline.org/>)
- **The Trevor Project** – Fee-based training programs focused on the mental health needs of LGBTQ+ youth (<https://www.thetrevorproject.org/care-training/>)
- **Affirming Evidence-Based Care for Young Patients Who Are Transgender or Gender Diverse** - Practical tips and considerations for clinicians working with transgender and nonbinary youth. (<https://www.psychiatrictimes.com/view/affirming-evidence-based-care-for-young-patients-who-are-transgender-or-gender-diverse>)
- **National LGBTQIA+ Health Education Center** - A program of The Fenway Institute, offering webinars, learning modules, and publications for healthcare providers on best practices for supporting LGBTQIA+ youth, including those experiencing psychosis. [Link: LGBTQIA+ Health Education Center](#)
- **"Guidelines for Psychological Practice with Transgender and Gender Nonconforming People"** - This document by the American Psychological Association provides a framework for psychological practice with transgender and nonbinary individuals. It's a foundational guide for understanding key cultural and mental health considerations. (<https://www.apa.org/practice/guidelines/transgender.pdf>)
- **GLMA: Health Professionals Advancing LGBTQ Equality** - This organization offers educational resources and conferences on LGBTQ+ healthcare needs, including sessions on mental health, psychosis, and adolescence. (<https://www.glma.org/>)
- **RAINBOW Mental Health Professional Network** - An online network of mental health professionals dedicated to improving support for LGBTQ+ individuals, with resources on understanding and addressing complex mental health presentations in youth



Merci!



Dre Victoria Patterson

 [patterson_vc](#)

 vpatterson@dal.ca





TITRE : Jeunes noirs et racisés atteints d'un premier épisode psychotique et du trouble de l'usage du cannabis

Expériences liées au cannabis

Communautés PANDC

Suzanne Archie, M.D., FRCPC (elle/la)

Professeure, Département de psychiatrie et des sciences du comportement, Université McMaster

Ancienne présidente du groupe de travail à *EPION Research*

Présidente contre le racisme contre les Noirs, Département de psychiatrie et des sciences du comportement

Membre du Centre Peter Boris pour la recherche sur les dépendances

Divulgence d'intérêts

- Aucun conflit d'intérêts à déclarer
- Remerciements
 - Subvention Catalyseur de l'IRSC
 - Commission de la santé mentale du Canada
 - Centre Peter Boris pour la recherche sur les dépendances
 - *Michael DeGroot Centre for Medicinal Research*
 - *St. Joseph's Healthcare Hamilton*

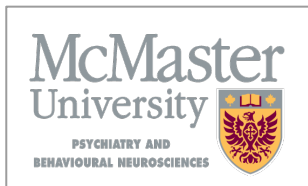


Objectifs d'apprentissage :

Jeunes noirs et racisés atteints d'un PEP et du TUC

Après avoir pris part à cette session, les participants seront mieux à même d'apprécier ce qui suit :

- Risque accru de psychose chez les immigrants noirs et racisés en Ontario;
 - Rôle du racisme structurel et de la psychose;
 - Rôle du déficit en vitamine D;
- Usage du cannabis chez les patients noirs et racisés atteints d'un PEP et du TUC.



Plan

Race et psychose

Race, cannabis et
psychose

Étude : PEP et TUC,
particulièrement ceux de
descendance noire
africaine ou des Caraïbes

Rôle du racisme structurel

« La race en tant que biologie est de la fiction, la race en tant que problème social est réelle »

Smedley, A. et Smedley, BD. *American Psychologist*, 50 (1), 16-26, 2005



Incidence des troubles psychotiques chez les immigrants de 1^{re} génération en Ontario

Anderson KK. CMAJ 2015, 187 (9)

Group	Incident rate per 100,000 persons	Immigrants IRR (95%)	Refugees IRR (95%)
General population	55.6	Ref	Ref
Immigrants (all)	51.7	0.91 (0.71-1.16)	-----
Refugees (all)	72.8	-----	1.24 (0.86-1.81)
→ Caribbean	94.4	1.60 (1.29-1.98)	0.61 (0.02-22.24)
→ West Africa	96.1	1.66 (0.84-3.28)	1.07 (0.32-3.57)
→ East Africa	98	1.20 (0.69-2.10)	1.95 (1.44-2.65)
Middle East	57.2	0.75 (0.49-1.15)	1.28 (0.91-1.80)
Southeast Asia	57.2	1.12 (0.86-1.44)	1.51 (1.08-2.12)
Northern Europe	30.3	0.50 (0.28-0.91)	3.23 (0.09-118.79)



« Psychose de révolte » et comment la schizophrénie est devenue une maladie des noirs

Jonathon Metz, Bromberg, W. Archives Gen Psychiatry, 1968: 19: 155-160

Jarvis, G. The Social Causes of Psychosis in North American Psychiatry: Can J Psychiatry, 2007: 287-94.

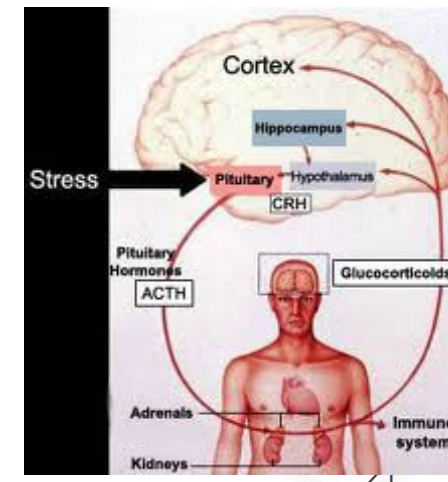


29 mars 1968, Memphis (Tennessee), troupes de la Garde nationale américaine avec le passage de manifestants pour les droits civiles par Lydia Chebbine, U.S. News, 12 juin 2020



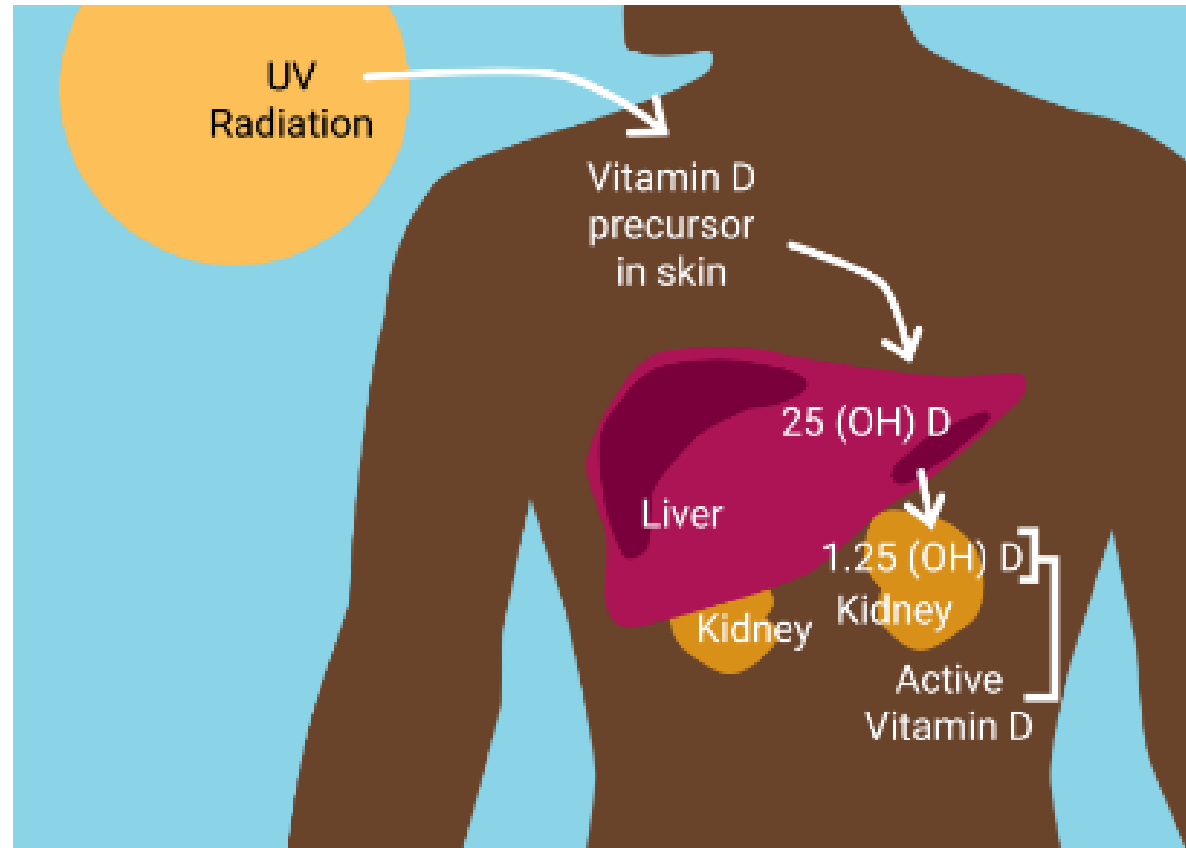
Selten, J.-P. *British journal of psychiatry*, 2007, 191 [supplement 51], s9-s 12.

- Le racisme, la discrimination et les microagressions peuvent augmenter le stress toxique;
 - Activation chronique de l'axe HHS (hypothalamo-hypophysé-surrénalien);
 - Augmentation des hormones de stress comme le cortisol et l'adrénaline;
 - Contribution à la sensibilisation dopaminergique du noyau accumbens, du cortex et du striatum;
 - Augmentation de la pression artérielle, des lipides, des maladies cardiaques, du diabète et de la psychose.



Peau foncée et déficit en vitamine D

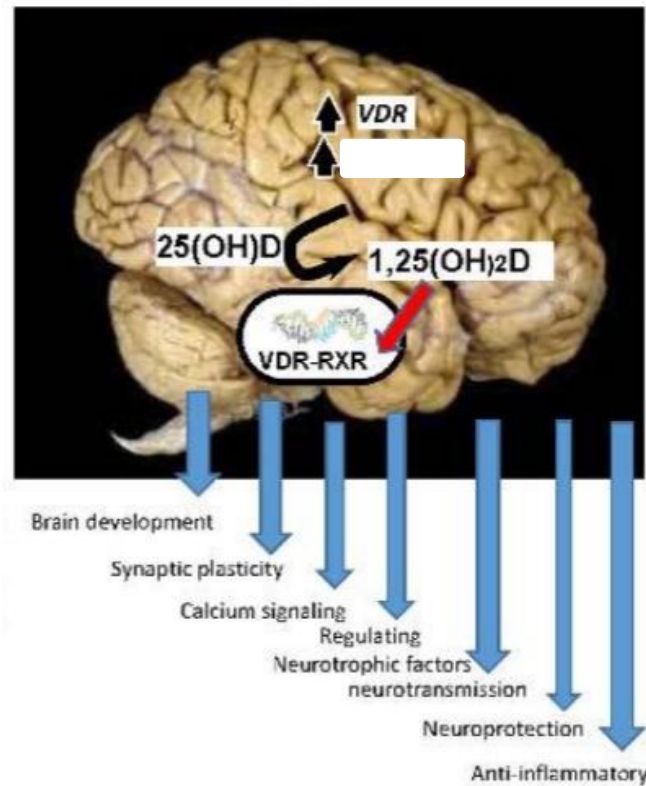
- La peau profondément pigmentée peut nécessiter 5 fois l'exposition aux UV au Canada comparativement à la peau pâle;
- Les personnes noires ont souvent un déficit en vitamine D.



Vitamine D et santé cérébrale

RVD — Récepteurs de vitamine D

RVD — contrôle l'ARNm



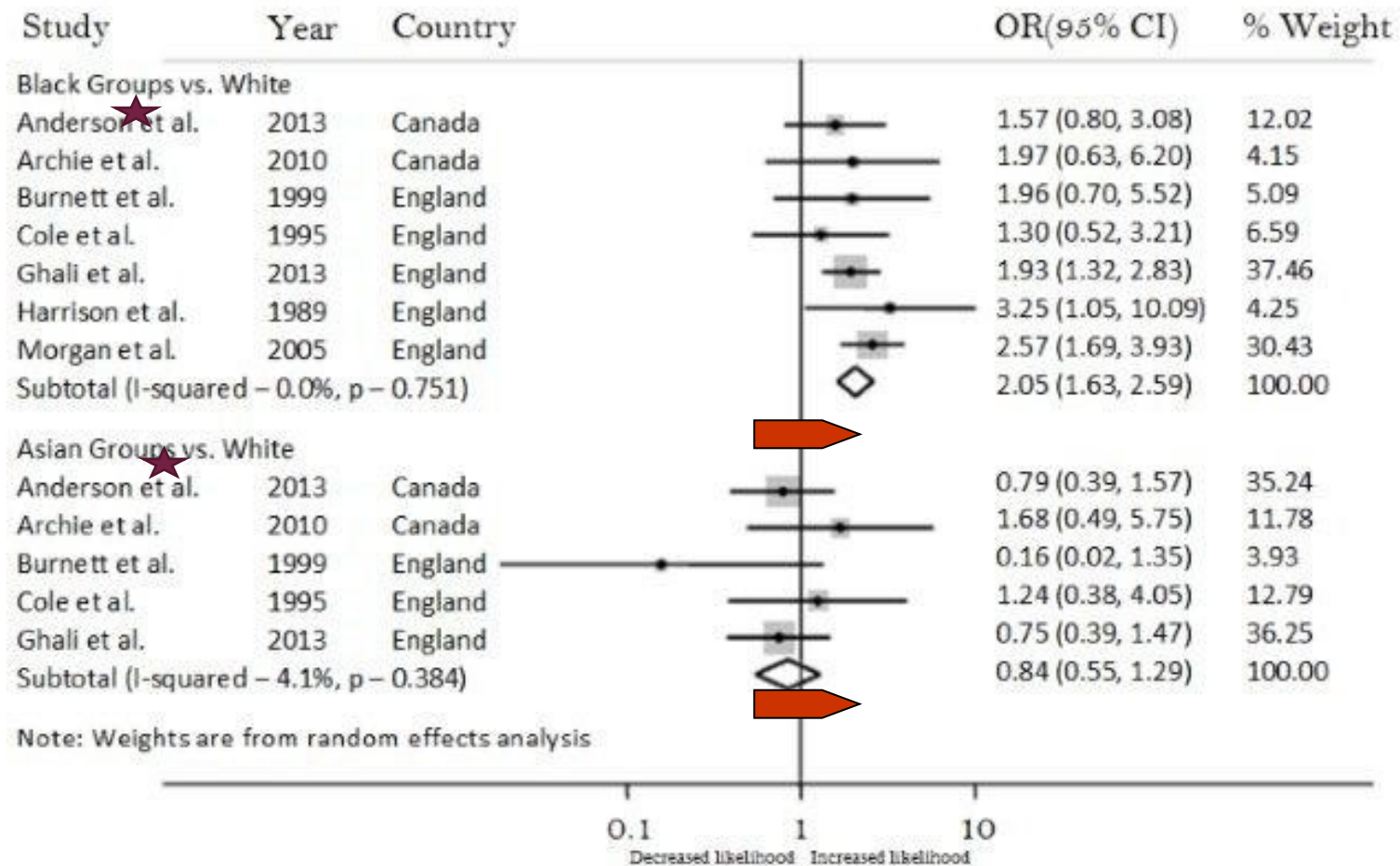
vitamin D deficiency

- Cognitive dysfunction
- Alzheimer's disease
- Schizophrenia
- Depression
- Multiple sclerosis
- Seasonal affective disorder
- Parkinson's disease
- Autism
- Stroke
- Epilepsy

Méta-analyse : Implication de la police dans le parcours de soins

Anderson, Flora, Archie, Morgan, McKenzie Acta Psychiatrica Scandinavica 2014

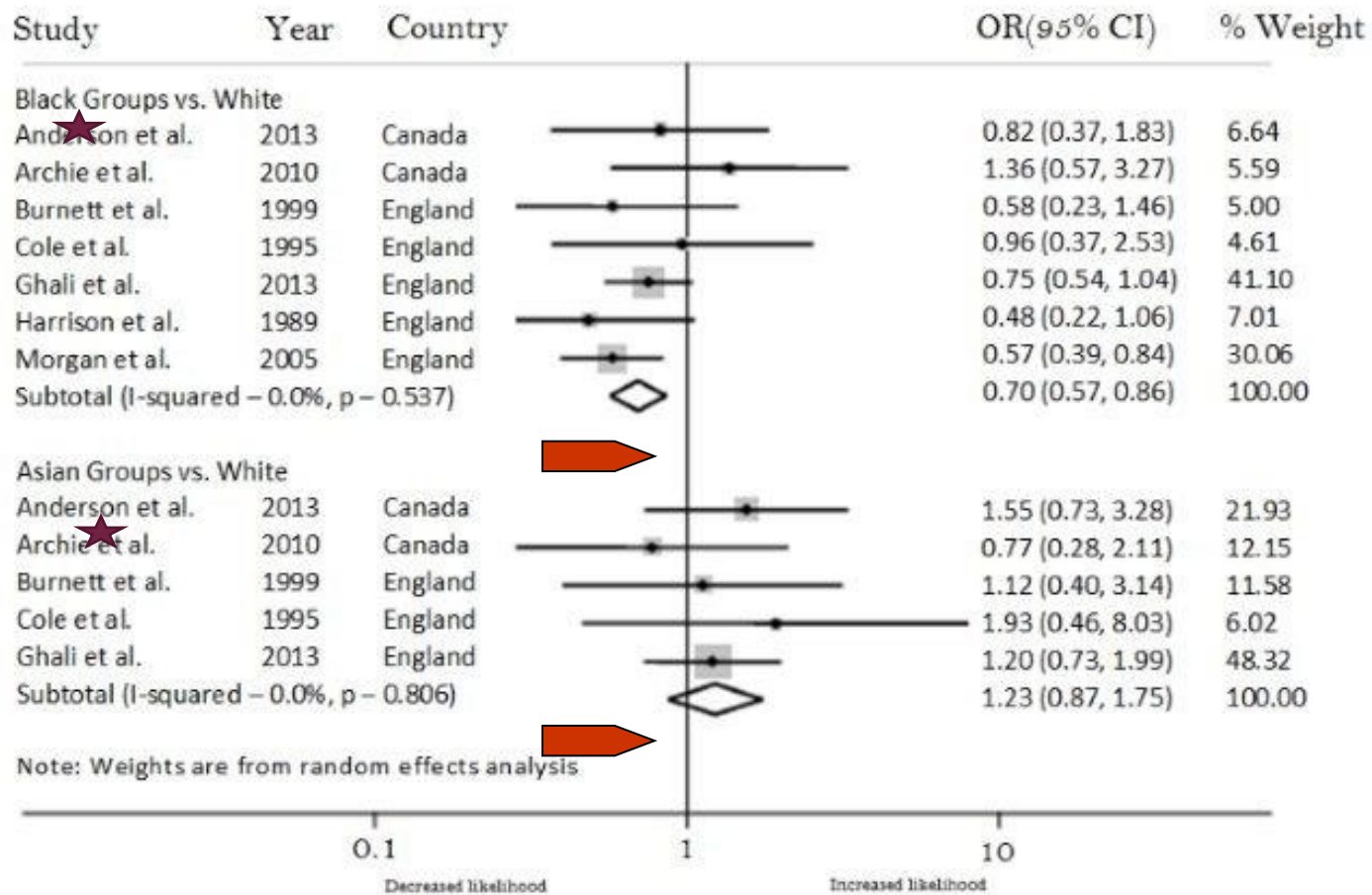
Implication de la police



Méta-analyse sur l'implication du médecin de famille dans le parcours de soins

Anderson, Flora, Archie, Morgan, McKenzie Acta Psychiatrica Scandinavica 2014

Implication du médecin de famille



Plan



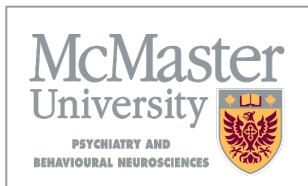
Race, cannabis et psychose

Objectifs d'apprentissage :

Jeunes noirs et racisés atteints d'un PEP et du TUC

Après avoir pris part à cette session, les participants seront mieux à même d'apprécier ce qui suit :

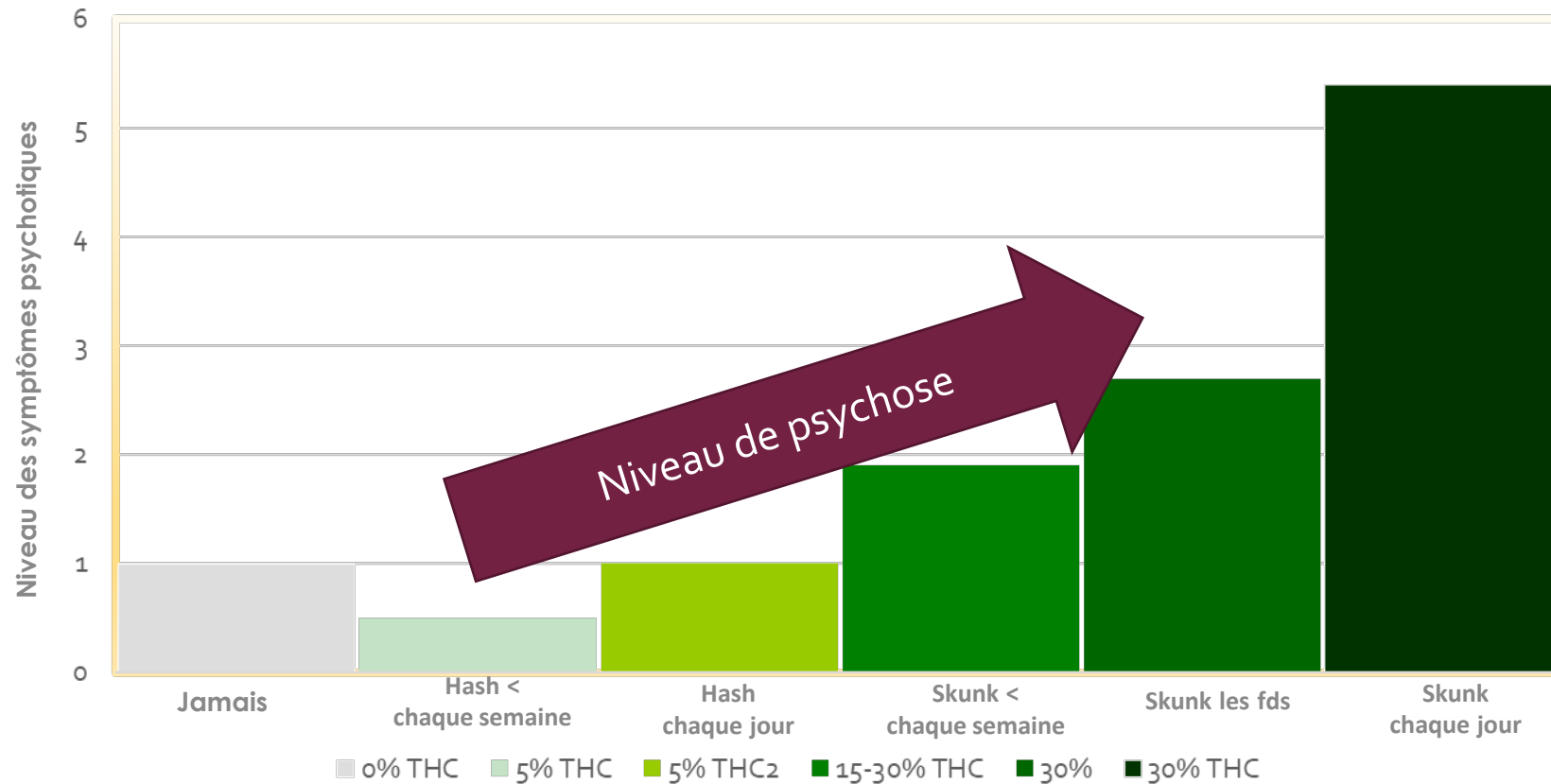
- Risque accru de psychose chez les immigrants noirs et racisés en Ontario;
 - Rôle du racisme structurel et de la psychose;
 - Rôle du déficit en vitamine D;
- Usage du cannabis chez les patients noirs et racisés atteints d'un PEP et du TUC.



Fréquence de la consommation et contenu en THC chez les patients

Di Forti Lancet Psychiatry 2015; Vo I 2;: 233-238

Fréquence de la consommation chez les patients vivant un premier épisode psychotique



Usage et usage problématique de cannabis au cours de la dernière année selon l'origine ethnique en Ontario

Tuck A, Drug & Alcohol Dependence, 179 (2017) 93-99

Usage de cannabis au cours de la dernière année (n = 11 560)

RC ajusté (IC 95 %)

Réduction du RC avec l'âge

Population générale	1,00
Caraïbes	1,70 (1,04— 2,79)*
Afrique	0,68 (0,35-1,31)
Europe du Nord	1,27 (0,76-2,13)
Europe du Sud	0,89 (0,68-1,18)
Asie du sud	0,42 (0,27— 0,66)***

Adultes 18 à 64 ans. Usage de l'alcool au cours de la dernière année associé à l'usage du cannabis.

Usage et usage problématique de cannabis au cours de la dernière année selon l'origine ethnique en Ontario

Tuck A, Drug & Alcohol Dependence, 179 (2017) 93-99

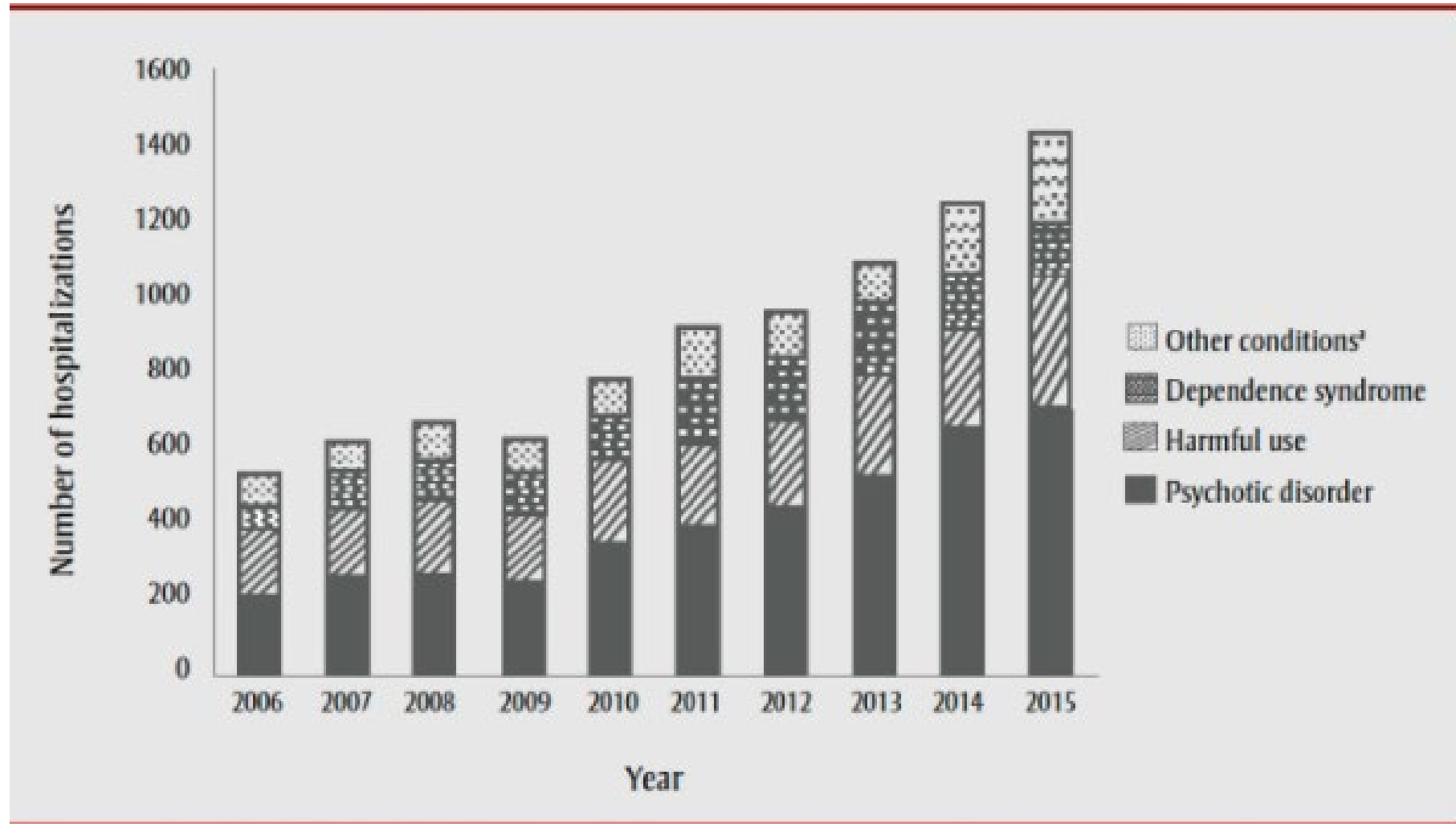
Usage de cannabis au cours de la dernière année (n = 11 560)	
RC ajusté (IC 95 %)	
Réduction du RC avec l'âge	
Population générale	1,00
Caraïbes	1,70 (1,04— 2,79)*
Afrique	0,68 (0,35-1,31)
Europe du Nord	1,27 (0,76-2,13)
Europe du Sud	0,89 (0,68-1,18)
Asie du Sud	0,42 (0,27— 0,66)***

Usage problématique du cannabis (n = 11 560)	
RC ajusté (IC 95 %)	
Réduction du RC avec l'âge	
Population générale	1,00
Caraïbes	2,76 (1,24— 6,12)*
Afrique	1,76 (0,66-4,66)
Europe du Nord	3,26 (1,51— 7,02)**
Europe du Sud	0,92 (0,53-1,60)
Asie du Sud	0,63 (0,26-1,53)

Adultes 18 à 64 ans. Usage de l'alcool au cours de la dernière année associé à l'usage du cannabis.

Hospitalisations pour les troubles psychotiques liés au cannabis au Canada, 2006-2015

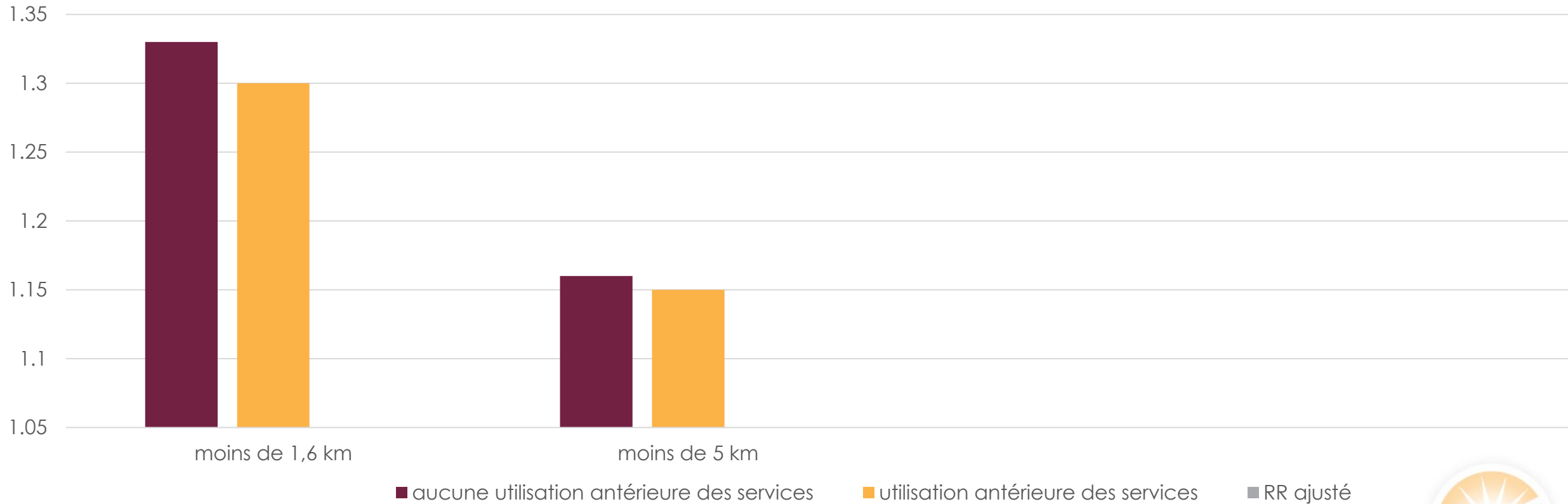
Maloney-Hall Health Promotion Chronic Disease Prevention Canada 2020



Effet de la proximité du vendeur de cannabis sur l'utilisation des services de santé mentale pour la psychose

Wootten, J...Anderson, KK. *International Journal of Social Psychiatry*, 2023

Proximité des vendeurs de cannabis et utilisation des services externes pour la psychose



Plan :

Étude : PEP et TUC,
particulièrement chez les
personnes noires de
descendance africaine/
des Caraïbes

Subvention Catalyseur de l'IRSC

Informations sur le cannabis et la psychose :

Comment les jeunes atteints de psychose précoce conceptualisent le lien entre le cannabis et la psychose, particulièrement ceux d'origine racisée noire?

Suzanne Archie Investigatrice principale
Gord Langill Principal utilisateur des connaissances
Kelly Anderson Codemandeuse
Oyedeji Ayonrinde Codemandeur
Alexandra Baines Codemandeuse
Andrea Bardell Codemandeuse
Chiachen Cheng Codemandeuse
Brian Cooper Utilisateur des connaissances
Manuela Ferrari Codemandeuse
Natasha Johnson Codemandeuse
Nicole Kozloff Codemandeuse
Andrew Olagunju Codemandeur
Lena Palaniyappan Codemandeuse
Elham Sadeh Codemandeuse

Ashely Assam
Kaelen Boyd IAM anciennement SSO
Évêque David Green FFAF
Angela Jasspan
Michael Serravalle

Collaboratrice
Collaboratrice
Collaborateur
Collaboratrice
Collaborateur



Suzanne Archie, M.D., FRCPC

Professeure, Département de psychiatrie et des sciences du comportement, Université McMaster

Centre Peter Boris pour la recherche sur les dépendances, Université McMaster

Directrice EDI des études supérieures en médecine

Présidente du groupe de travail sur l'antiracisme face aux Noirs Département de psychiatrie et des sciences du comportement, Université McMaster

Objectifs du projet :



- Examiner les perceptions des effets mentaux du cannabis sur la psychose chez les personnes noires de descendance africaine et des Caraïbes vivant un premier épisode psychotique et atteint du trouble de l'usage du cannabis;
- Établir la faisabilité de l'acquisition de connaissances après avoir joué à la série *Back to Reality* par rapport à un jeu témoin.

Sensibiliser à l'impact du cannabis sur la psychose

- Jeunes vivant un premier épisode psychotique et étant atteints du trouble de l'usage du cannabis

Évaluations qualitatives et quantitatives des expériences vécues liées à la psychose et à la consommation du cannabis

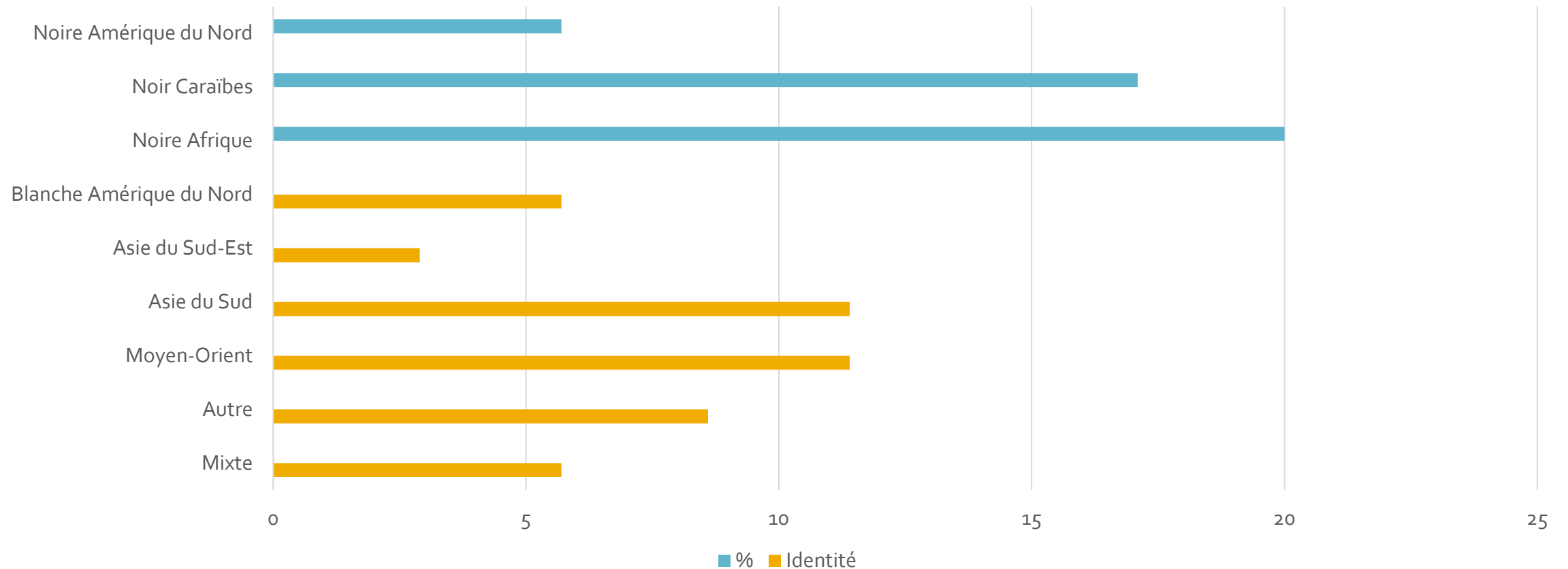
Évaluations qualitatives et quantitatives de l'acquisition de connaissances après la série *Back to Reality*

Informations démographiques des participants :

Caractéristiques	
Catégories d'âge	
16 à 18 ans	8,8 %
19 à 21 ans	29,4 %
20 à 25 ans	35,3 %
26 à 30 ans	26,5 %
Sexe	Hommes (71 %); Femmes (28,6 %); Trans/fluide (0 %)
Statut d'immigrant	62,9 % nés à l'extérieur du Canada
Niveau de scolarité le plus élevé	
Pas de diplôme secondaire	2,9 %
Études secondaires	11,4 %
Diplôme d'études secondaires	45,7 %
Études postsecondaires	22,9 %
Diplôme d'études postsecondaires	17,1 %

Caractéristiques démographiques des participants

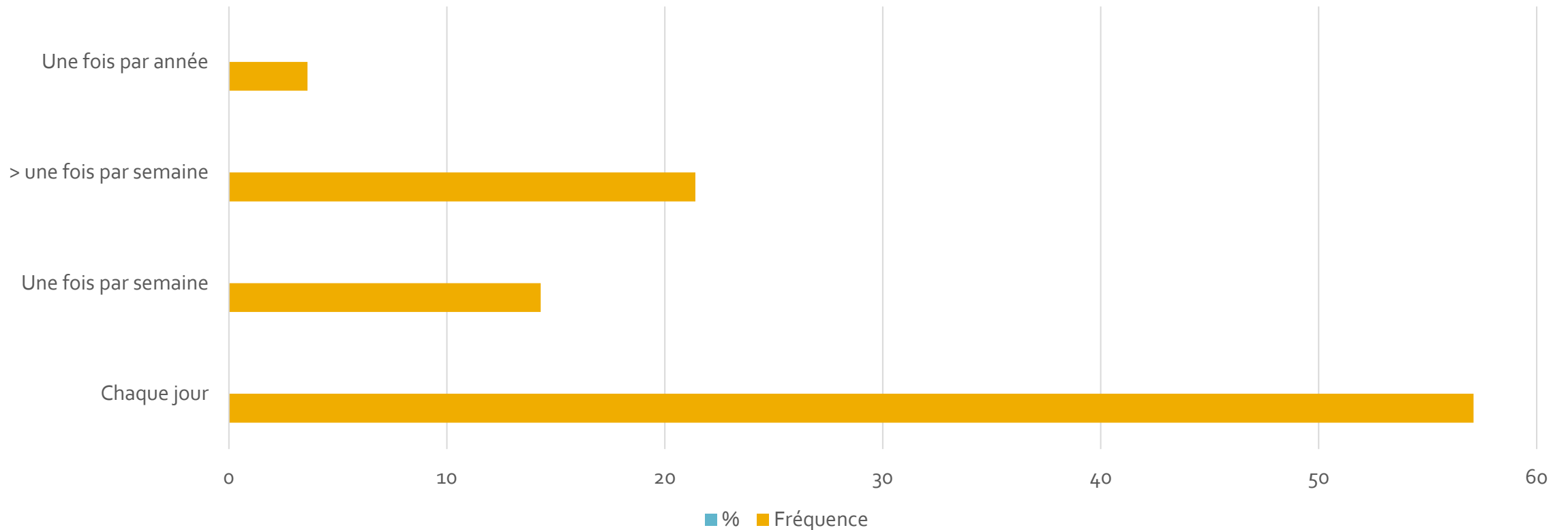
Identité ethnique/raciale



Résultats :

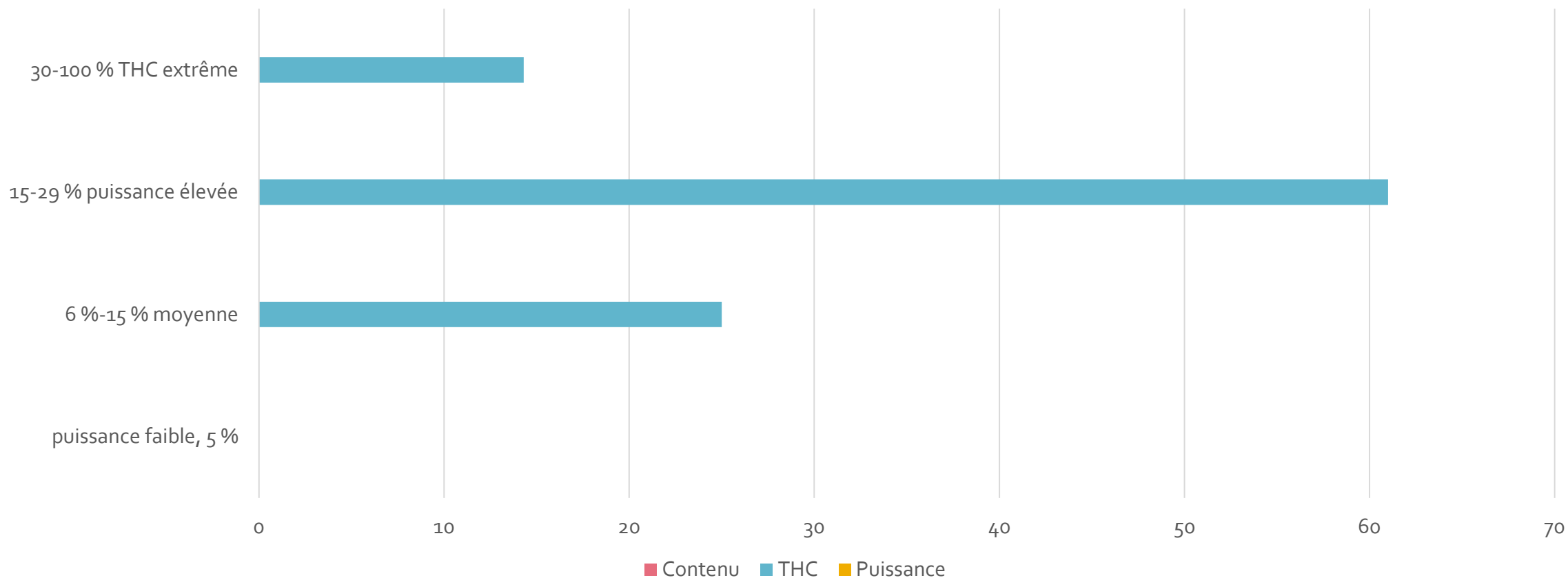
Fréquence habituelle de la consommation de cannabis

Combien de cannabis consommez-vous habituellement par semaine, si différente de votre consommation actuelle?

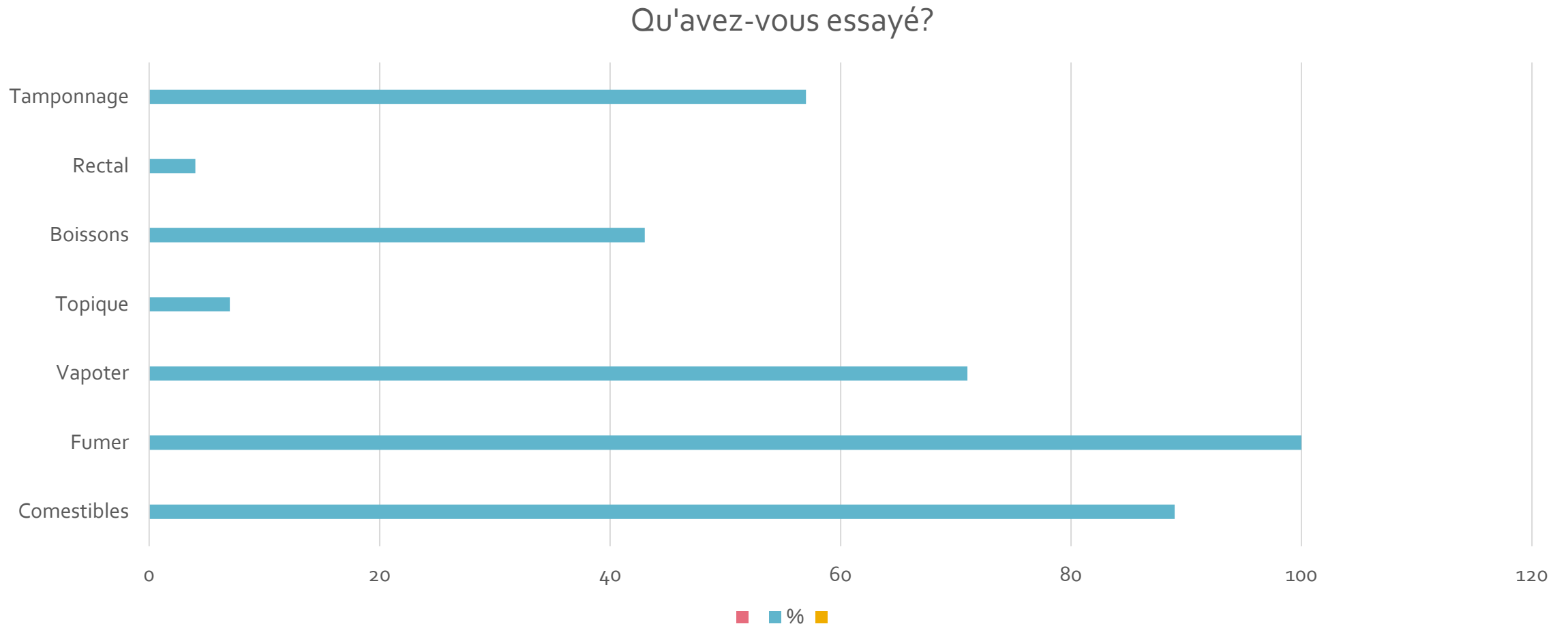


Résultats : Puissance du cannabis consommé

Quelle puissance de cannabis achetez-vous habituellement?



Résultats : Produits à base de cannabis essayés

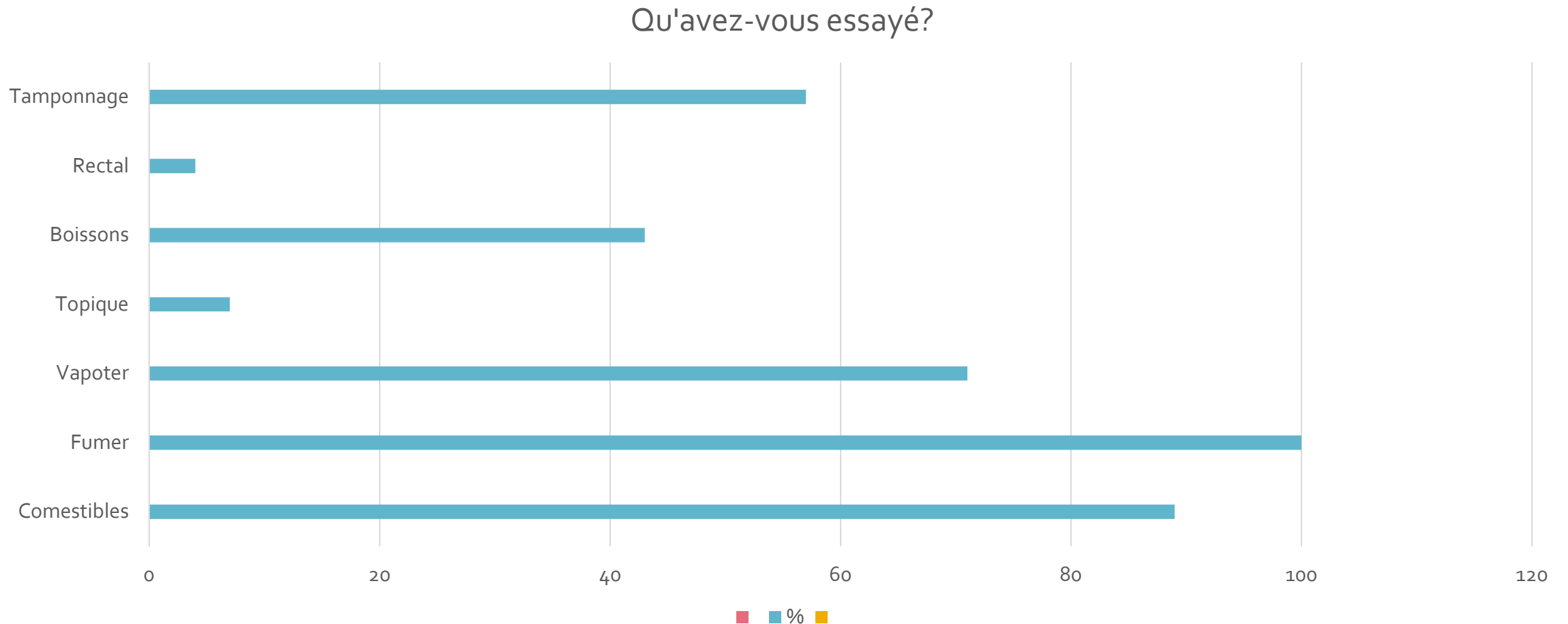


Tamponnage (dabbing)

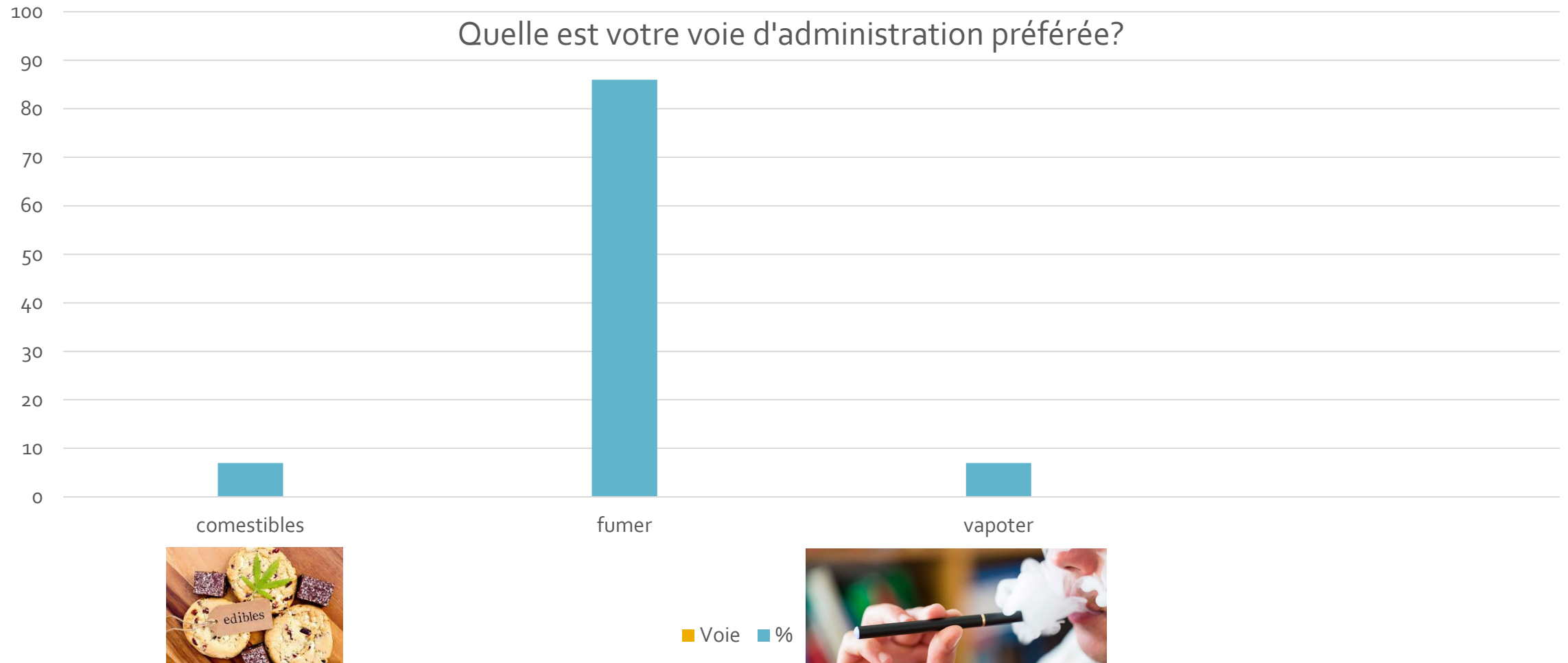
- Vaporiser les concentrés sur une surface chaude et inhaler les vapeurs produites;
- Implique un bong modifié ou une conduite d'eau;
- Concentrations beaucoup plus élevées de marijuana;
- Dissolution de THC dans du butane.



Résultats : Produits à base de cannabis essayés

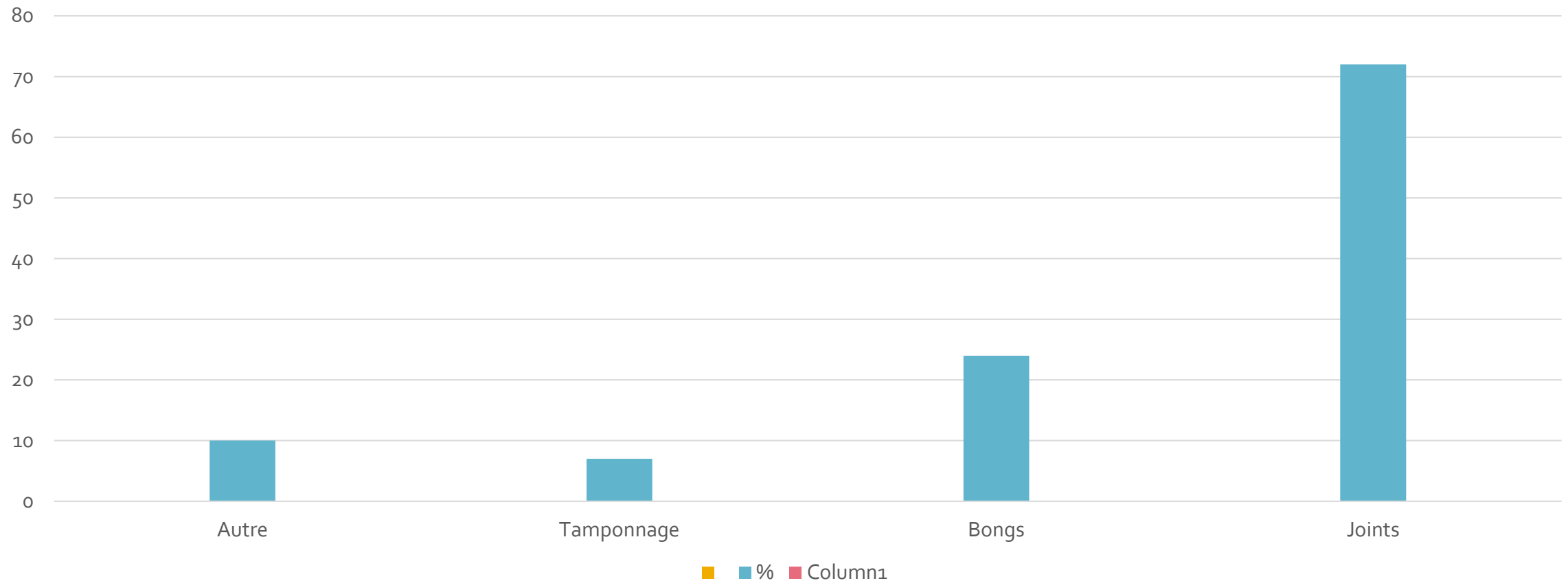


Résultats : Voie préférée



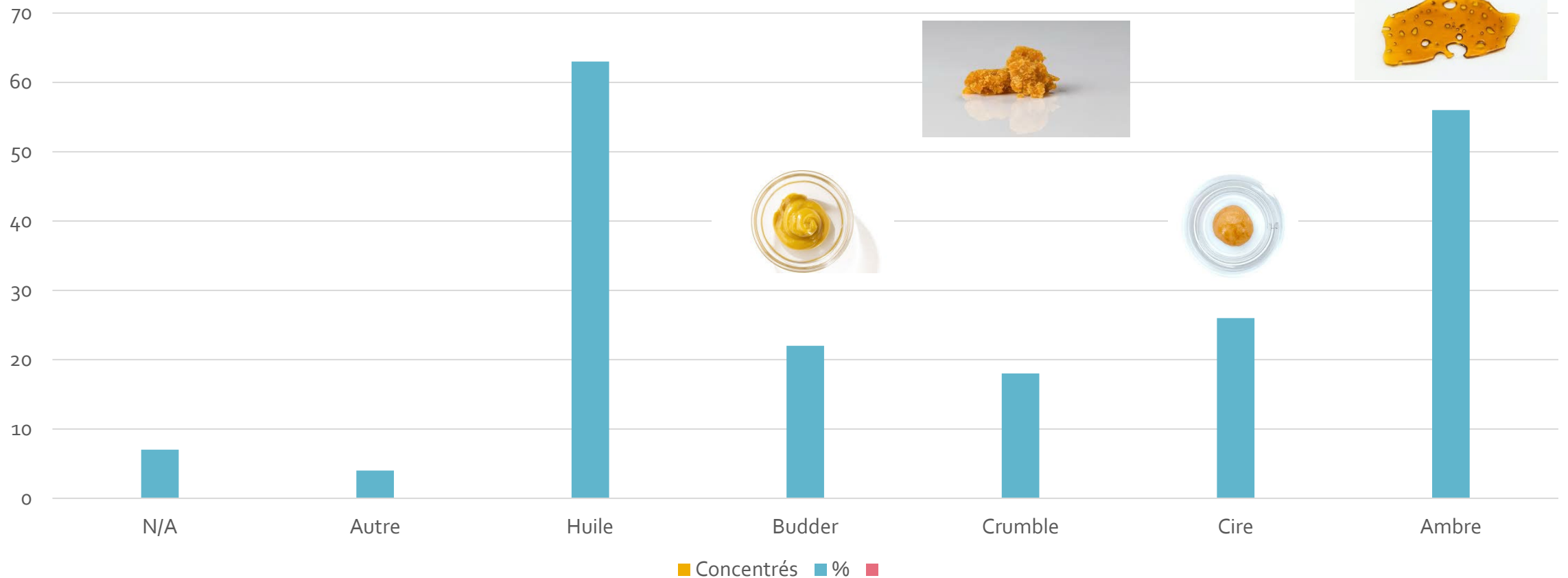
Résultats : Façon préférée de fumer le cannabis

Si votre voie préférée est de fumer, comment le faites-vous normalement?



Résultats : Concentrés

Lequel de ces concentrés avez-vous essayé?



CANNABIS

PSYCHOSE



↑ Usage quotidien

↑ Puissance du cannabis

↑ Fumer des joints
voie préférée

↑ Puissance
préférée de THC

↑ Synthétiques et
concentrés

HARRY'S

ALBUM



INFO

PLAY

CREDITS

Anti-Black Racism Education for Clinicians: A Strength Based, Trauma Informed Approach

START COURSE



Consortium canadien
**d'intervention précoce
pour la psychose**

Devrions-nous nous préoccuper de l'itinérance en cas de premiers épisodes psychotiques?

Amal Abdel-Baki, M.D. M. Sc. FRCPC

Université 
de Montréal


CHUM

Divulgence d'intérêts

Dre Amal Abdel-Baki

- Aucune



Impact sur le parcours du trouble de l'usage de substances

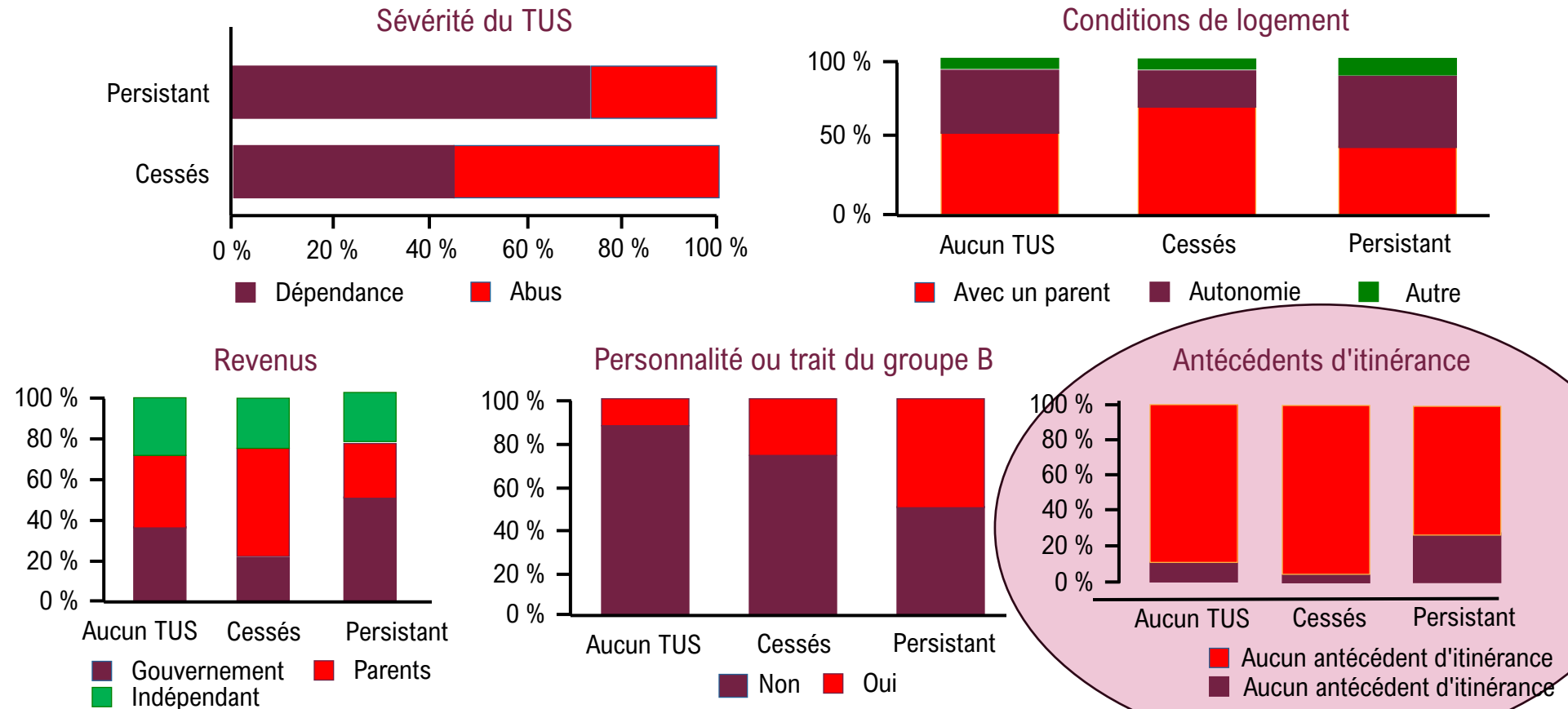
Une étude prospective de 2 ans des patients atteints d'un PEP dans 2 IPP du réseau d'IPP de l'Université de Montréal



- Impact négatif de la persistance du TUS sur le fonctionnement clinique et l'utilisation des services;
- Ceux atteints d'un TUS ENRAYÉ ont des résultats similaires à ceux n'ayant jamais été atteints d'un TUS.



Facteurs prédictifs de la persistance du TUS



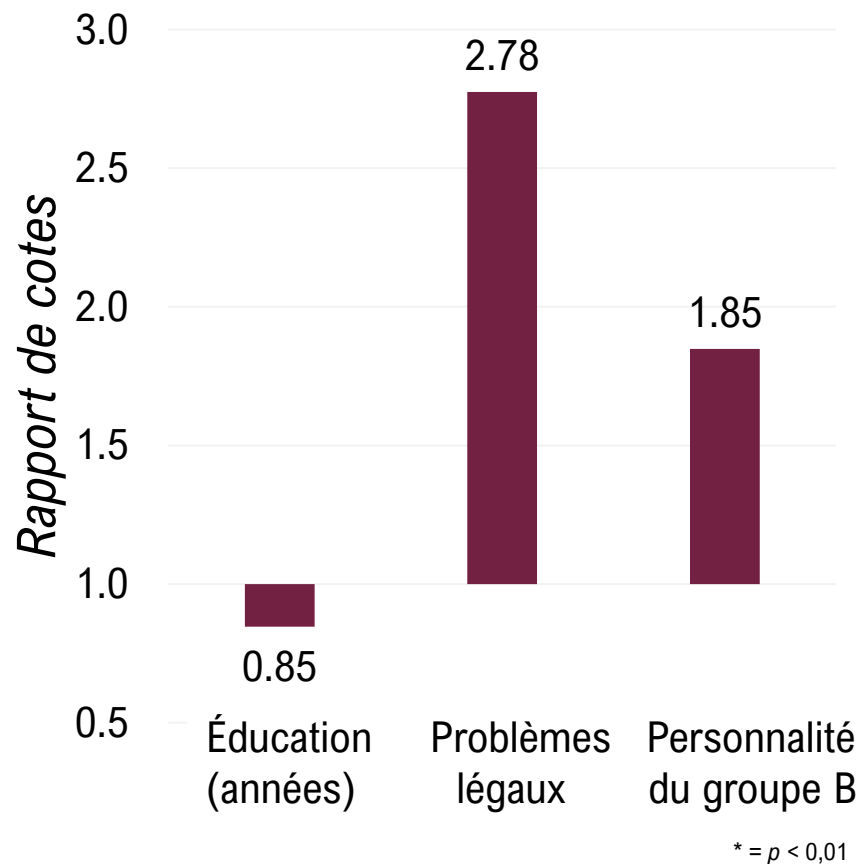
Comparaison entre le statut du TUS à 24 mois :
jamais TUS (n = 76), cessé (n = 37) et persistant (n = 63)



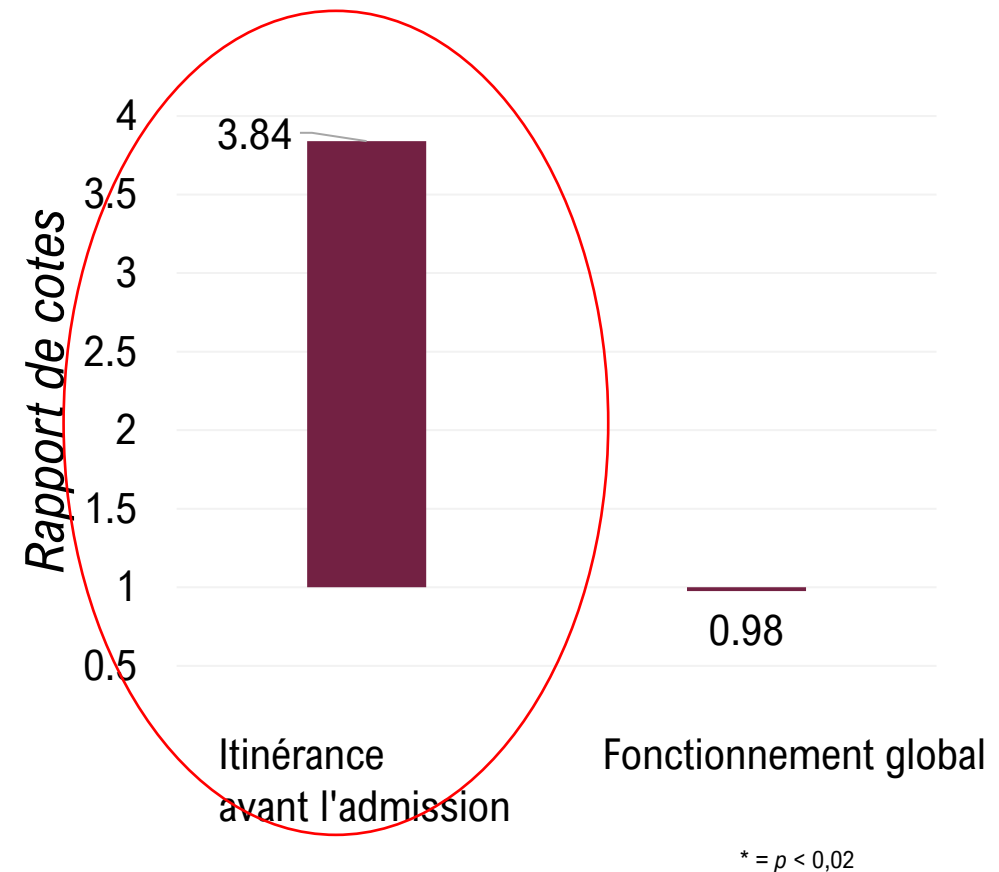
Conséquences graves entourant les PEP

Facteurs associés aux comportements violents

Facteurs associés à la violence dans la phase prémorbide



Facteurs associés à la violence pendant le premier épisode psychotique





Pourquoi devrions-nous nous préoccuper de l'itinérance en cas de premiers épisodes psychotiques : Impact sur les résultats

Itinérance chez les jeunes en Amérique du Nord : *Un enjeu inquiétant*

1 jeune adulte sur 10 (âgés de 18 à 25 ans) aux États-Unis a déjà connu l'itinérance



1 jeune sur 30 (âgés de 13 à 17 ans) aux États-Unis a déjà connu l'itinérance



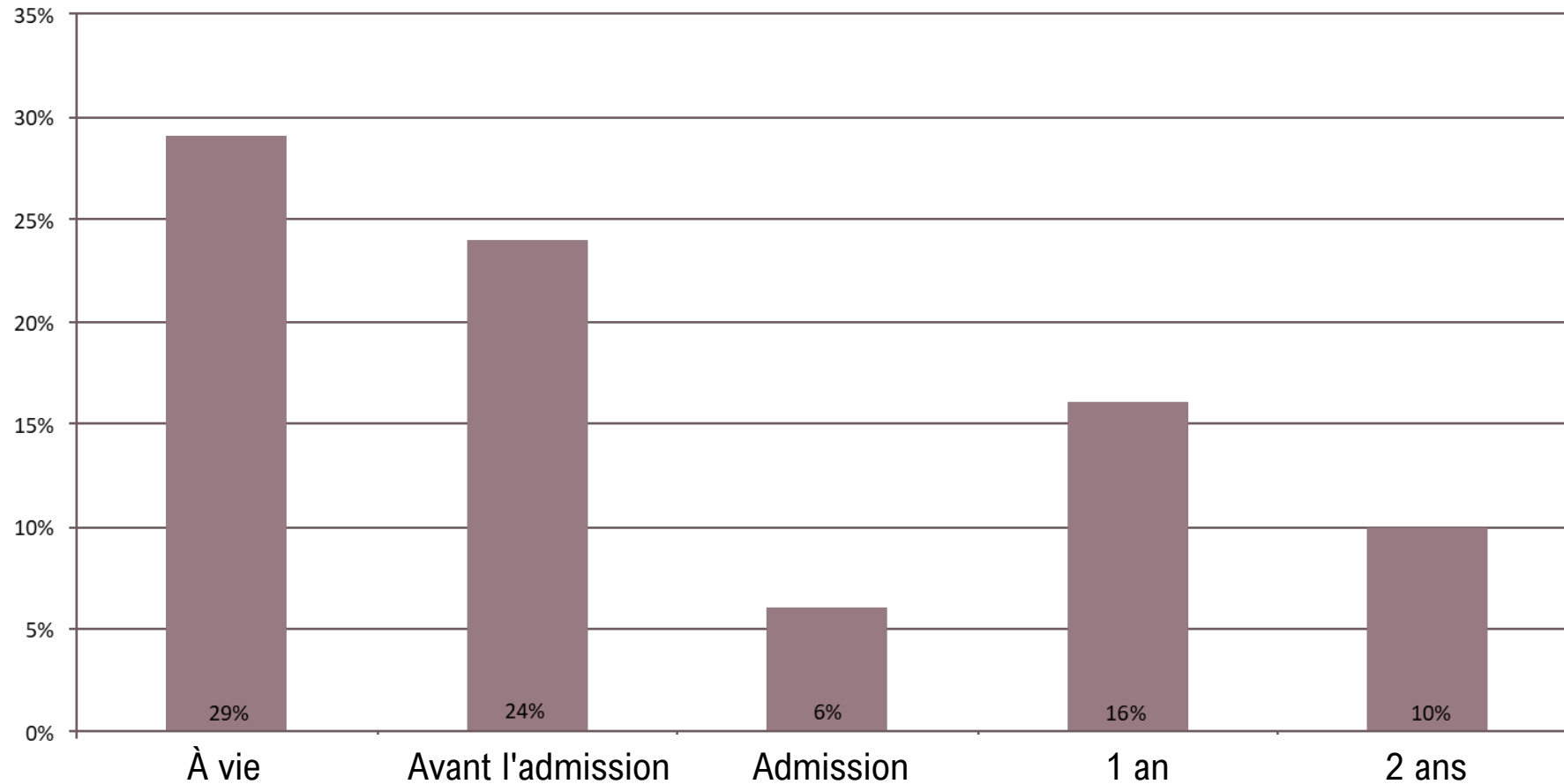
Au Canada, on estime que les jeunes âgés de 13 à 24 ans représentent environ 1/5 de la population des sans-abris



35 000 à 40 000 jeunes connaissent l'itinérance annuellement entre 6 000 et 7 000 chaque nuit

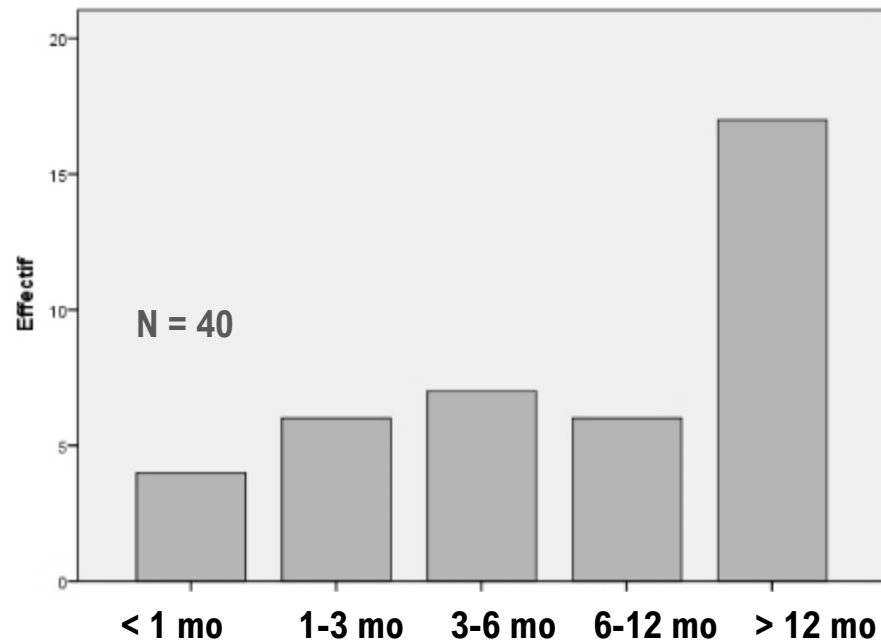


Prévalence de l'itinérance entourant les PEP (n = 168)

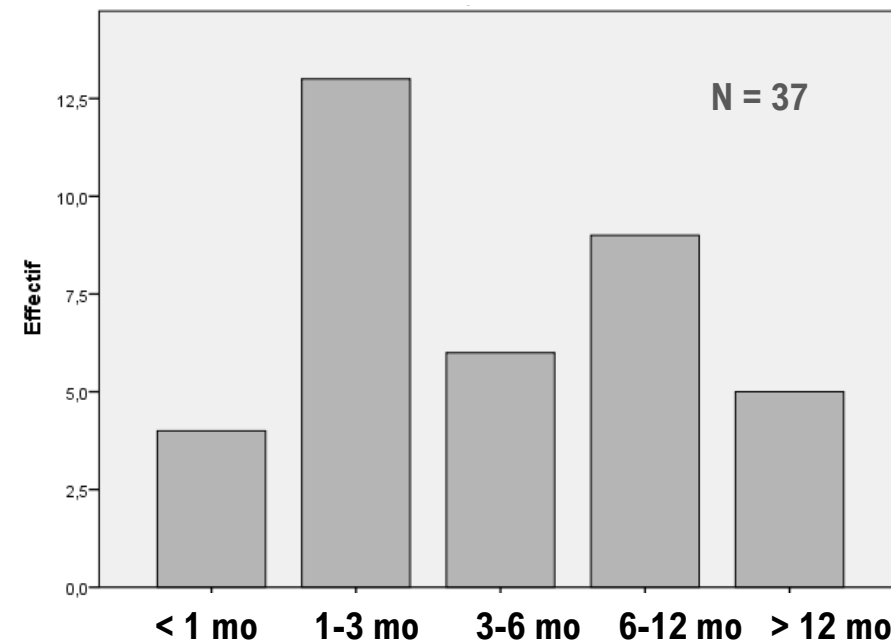


Durée de l'itinérance avant et pendant le suivi en IPP

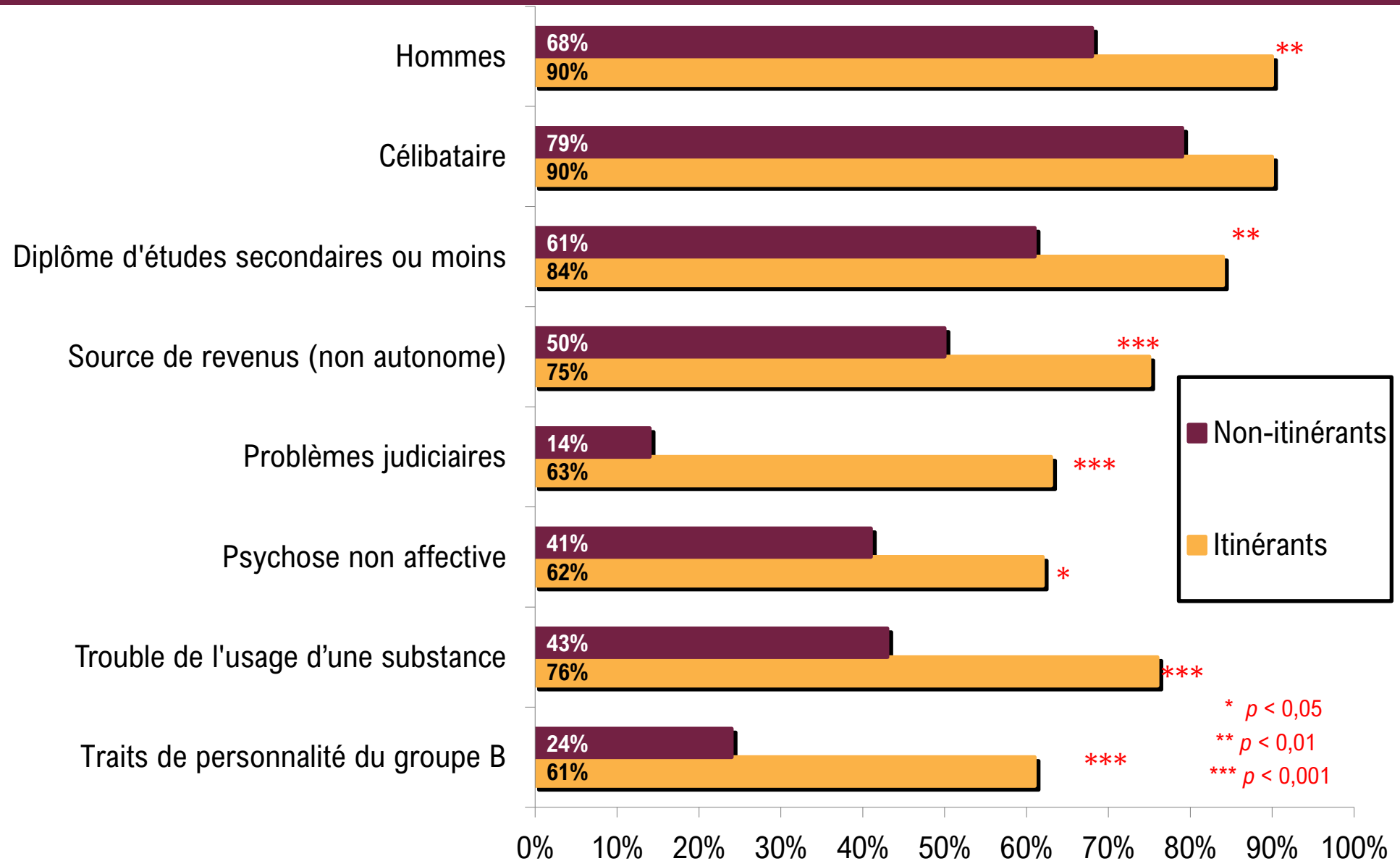
**Durée de l'itinérance
AVANT le suivi (mois)**



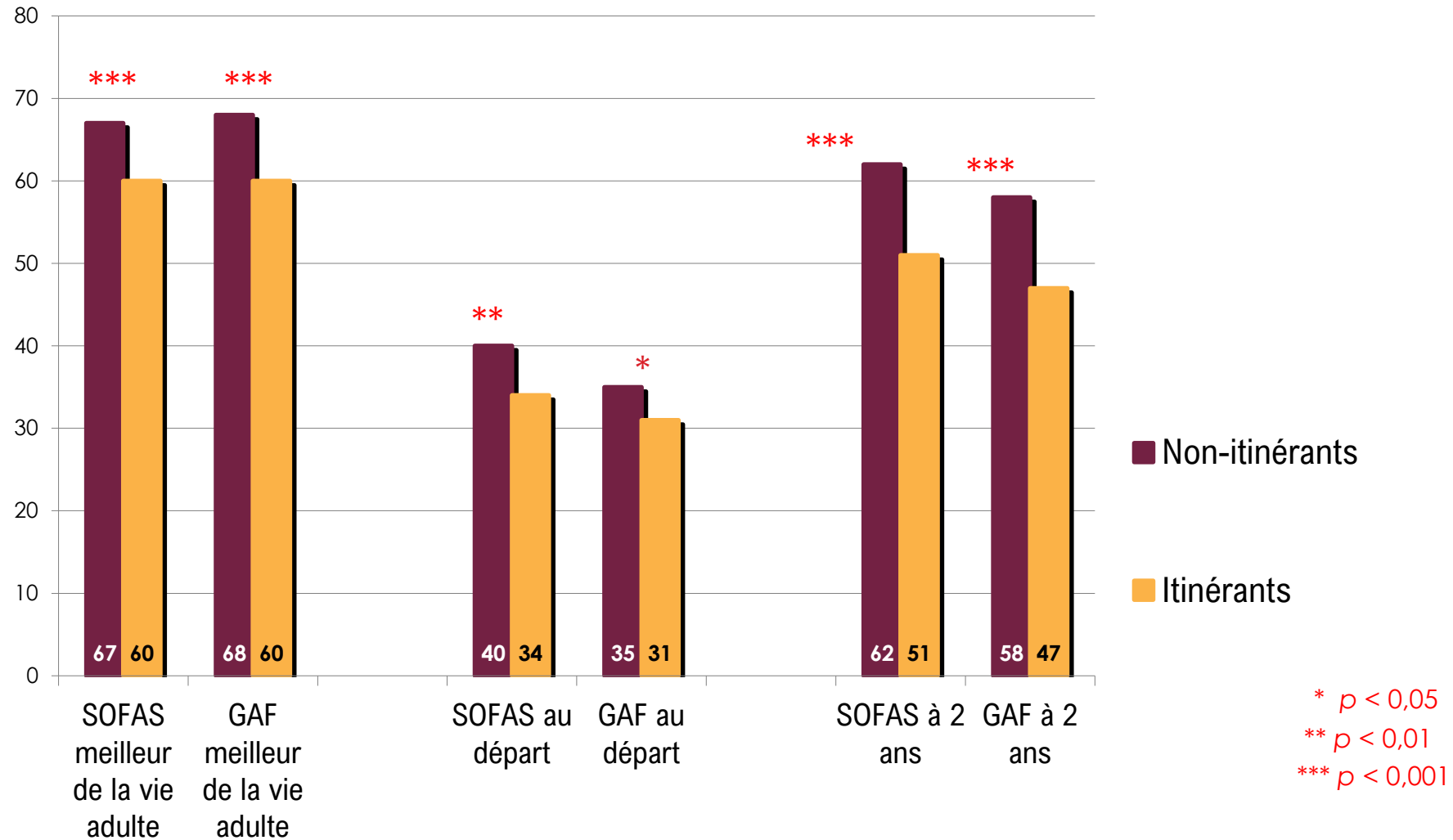
**Durée de l'itinérance
PENDANT le suivi (mois)**



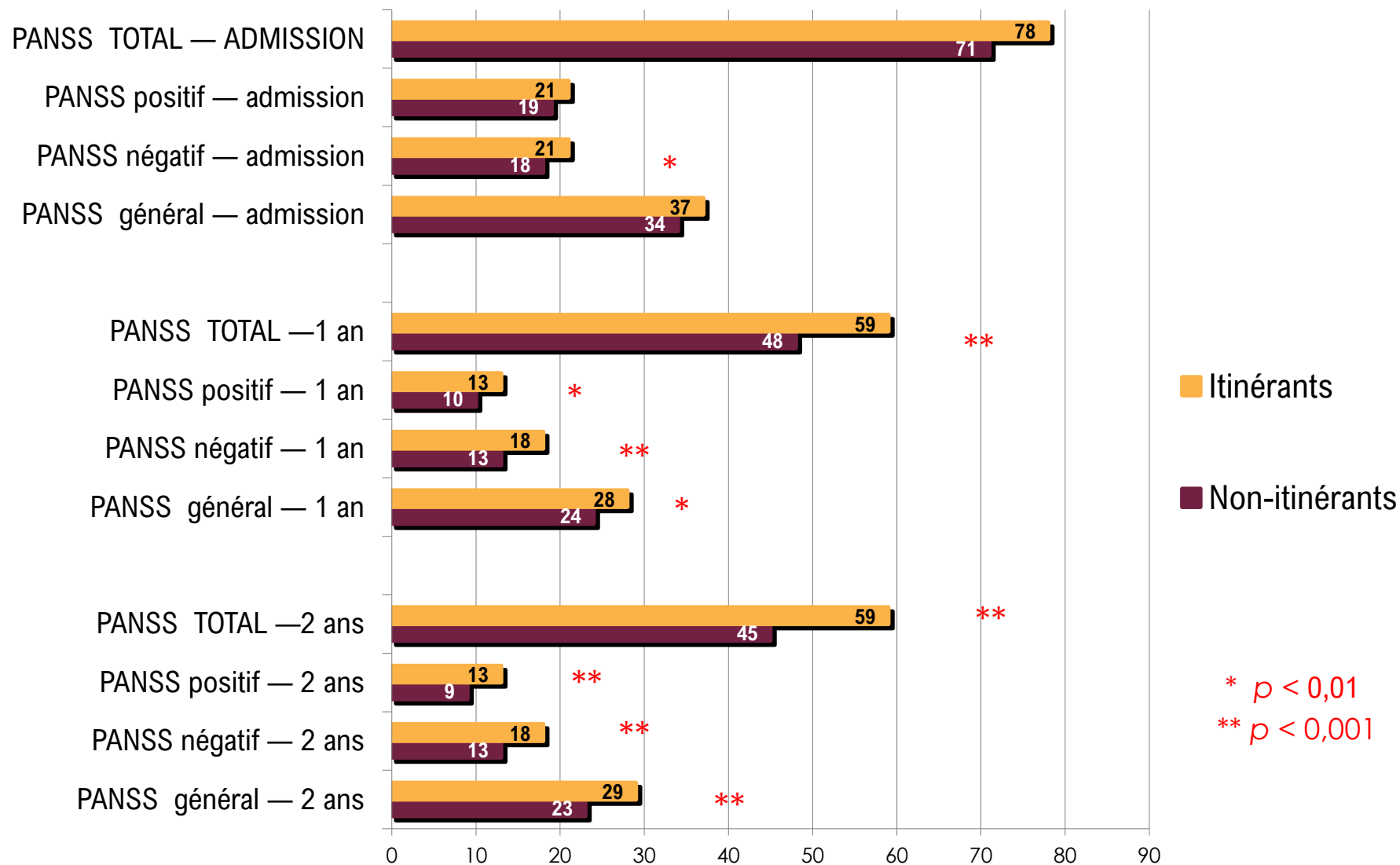
Caractéristiques sociodémographiques au départ (n = 168)



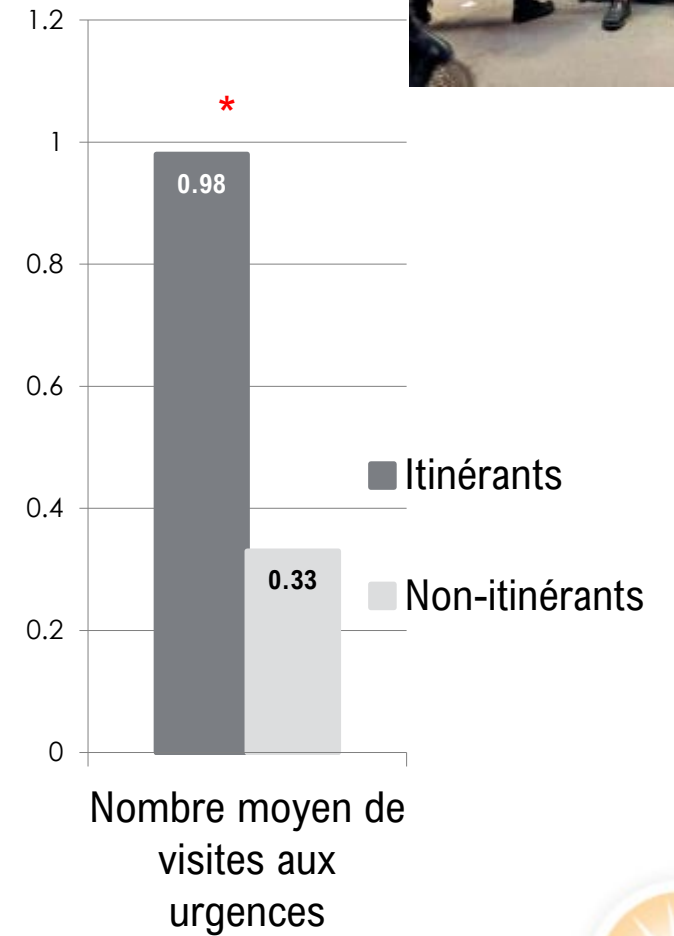
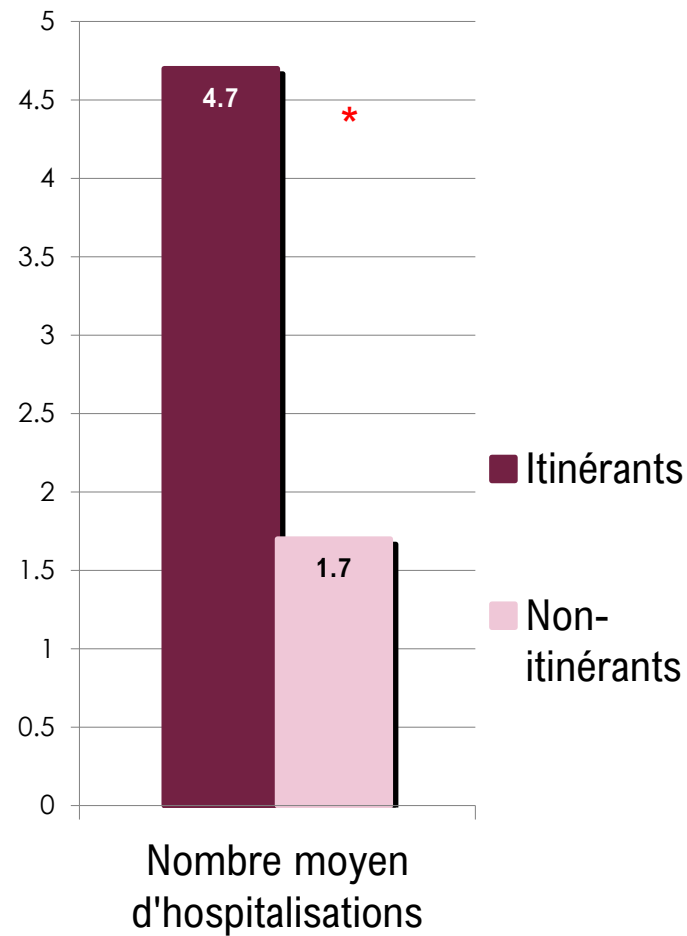
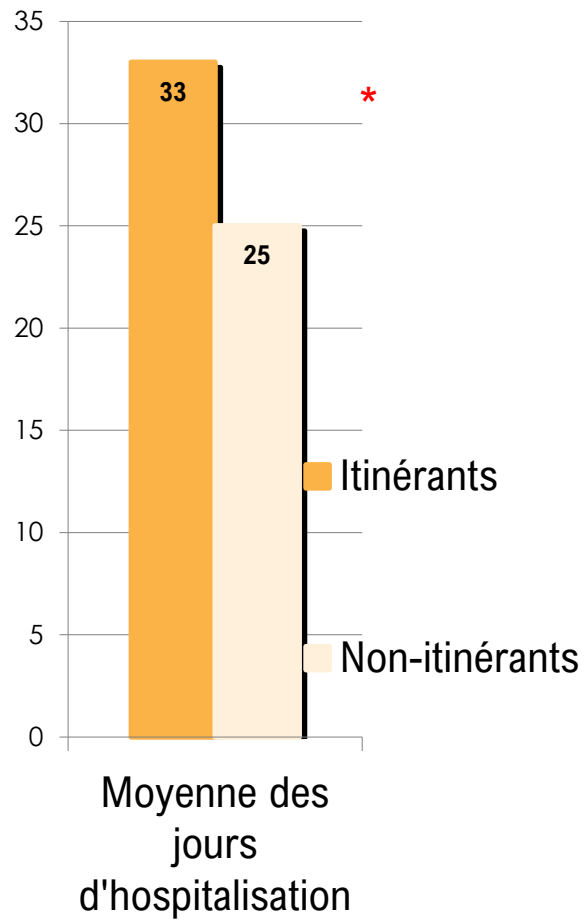
Fonctionnement chez les itinérants p/r aux non-itinérants vivant un PEP (n = 168)



Symptomatologie chez les itinérants p/r aux non-itinérants vivant un PEP



Utilisation des services par les itinérants p/r aux non-itinérants vivant un PEP



* $p < 0,001$



Résumé

Les jeunes itinérants vivant un PEP sont plus vulnérables comparativement aux PEP sans itinérance

- Sévérité accrue du trouble psychotique;
- Plus de psychoses non affectives (p/r aux psychoses affectives);
- Plus de troubles de l'usage d'une substance;
- Plus de traits/troubles de la personnalité du groupe B;
- Plus de problèmes légaux et judiciaires.



Résumé

Malgré une intervention spécialisée intensive en psychose précoce

- **Utilisation fréquente accrue des services internes et des urgences** que les autres PEP;
- Nécessite plus fréquemment des **ordonnances de traitement et plus d'APAP** pour atteindre un niveau similaire d'observance à la médication.

Leur **désengagement** est toutefois **similaire** aux autres PEP.

Pourtant, au suivi après 2 ans, ils montrent que les

- **Résultats fonctionnels et symptomatiques ont empiré.**



Vers des solutions

- Malgré une intervention relativement intensive chez les jeunes vivant une psychose précoce, leurs résultats sont-ils pires, car **l'intervention n'est pas suffisamment adaptée à leurs besoins?**
- Une équipe pour répondre aux besoins spécifiques de ces jeunes?



Équipe de soins communautaires intensifs dédiée aux jeunes en situation d'itinérance atteints de psychose et de troubles de l'usage d'une substance

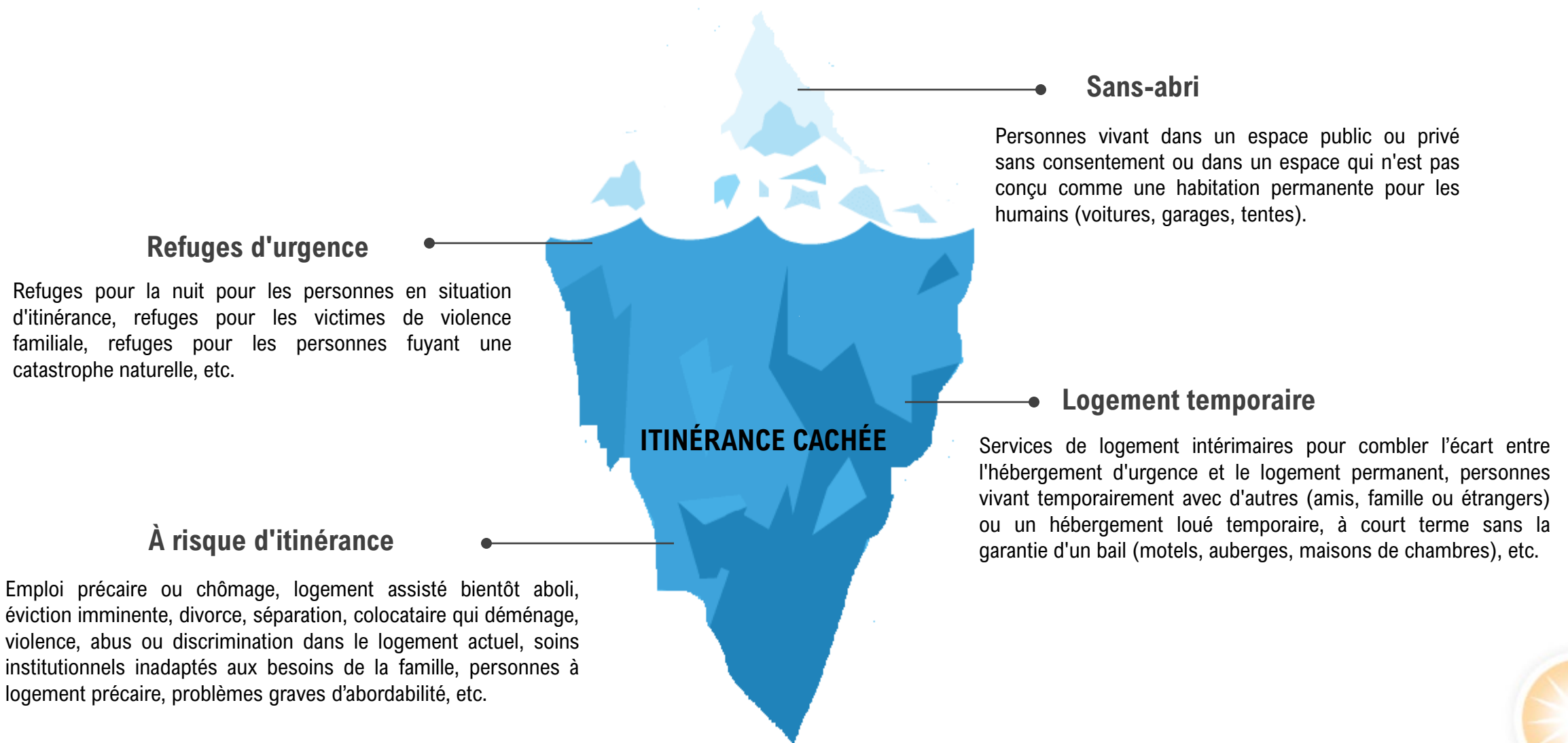
Itinérance et psychose

L'itinérance et la psychose se nourrissent l'une de l'autre dans un cercle vicieux délétère

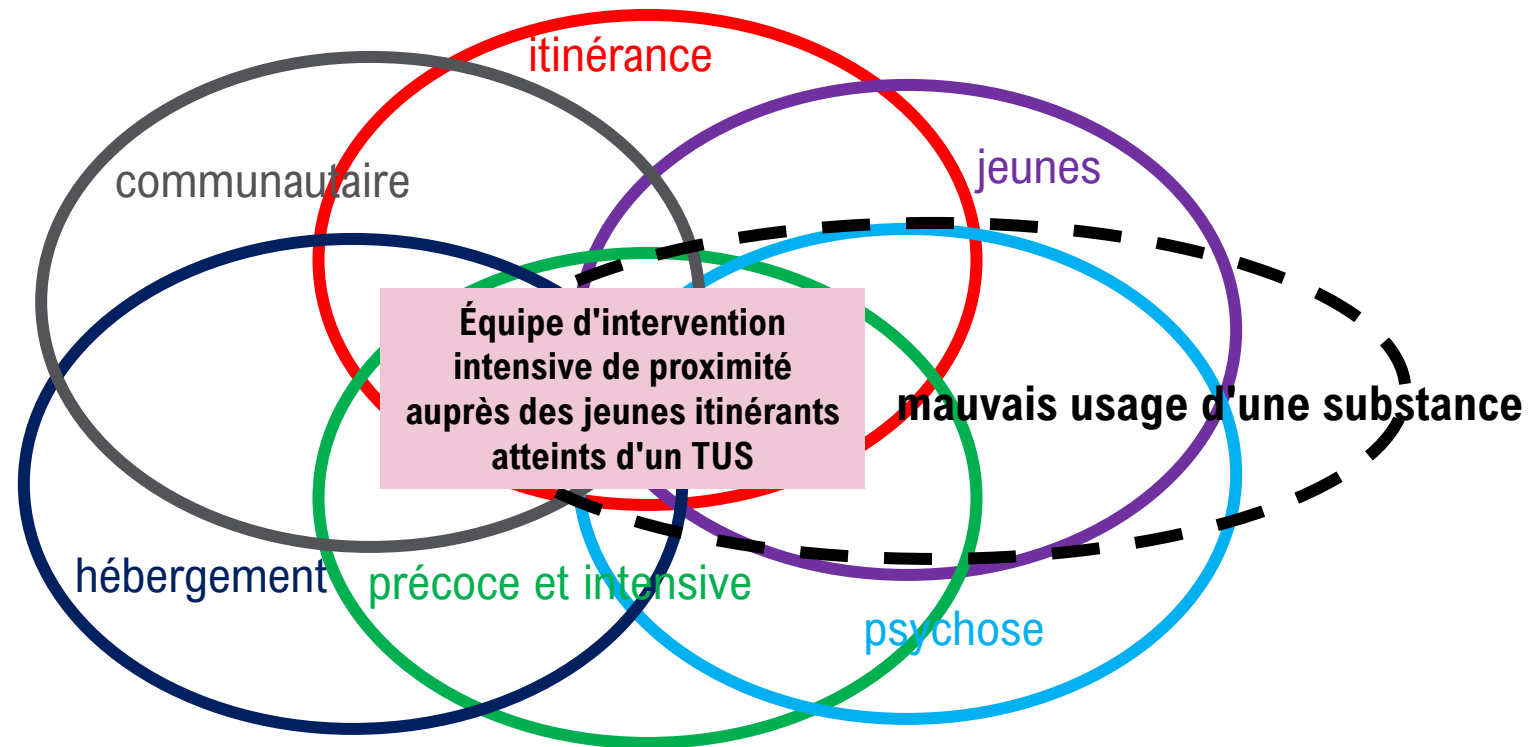
- Effet préjudiciable sur la santé mentale;
- Pauvreté extrême;
- Absence de sécurité élémentaire, stress chronique;
- Hypervigilance constante et peur associée à la vie dans la rue;
- La psychose affecte la cognition, l'affect, les capacités interpersonnelles et professionnelles de même que la capacité de résoudre des problèmes pour éviter l'itinérance et s'en sortir.



L'itinérance chez les jeunes est un phénomène complexe



Caractéristiques des approches spécifiques et efficaces chez les populations reliées aux JI+ PEP+ TUS = **EQUIIP SOL**



Le programme EQIIP SOL



AIDE AU LOGEMENT

Ayant pour but le logement le plus adapté selon les préférences et l'autonomie du patient

INTERVENTIONS DE PROXIMITÉ

GESTIONNAIRE DE CAS

Ratio de 8 à 10:1
(similaire à la TAE*)

**PARTENARIATS AVEC DES
ORGANISMES COMMUNAUTAIRES
POUR LES JEUNES ITINÉRANTS**

INTERVENTIONS POUR LES PEP



INTERVENTIONS CIBLANT LES DÉPENDANCES

Approche de réduction des méfaits



Intervenants

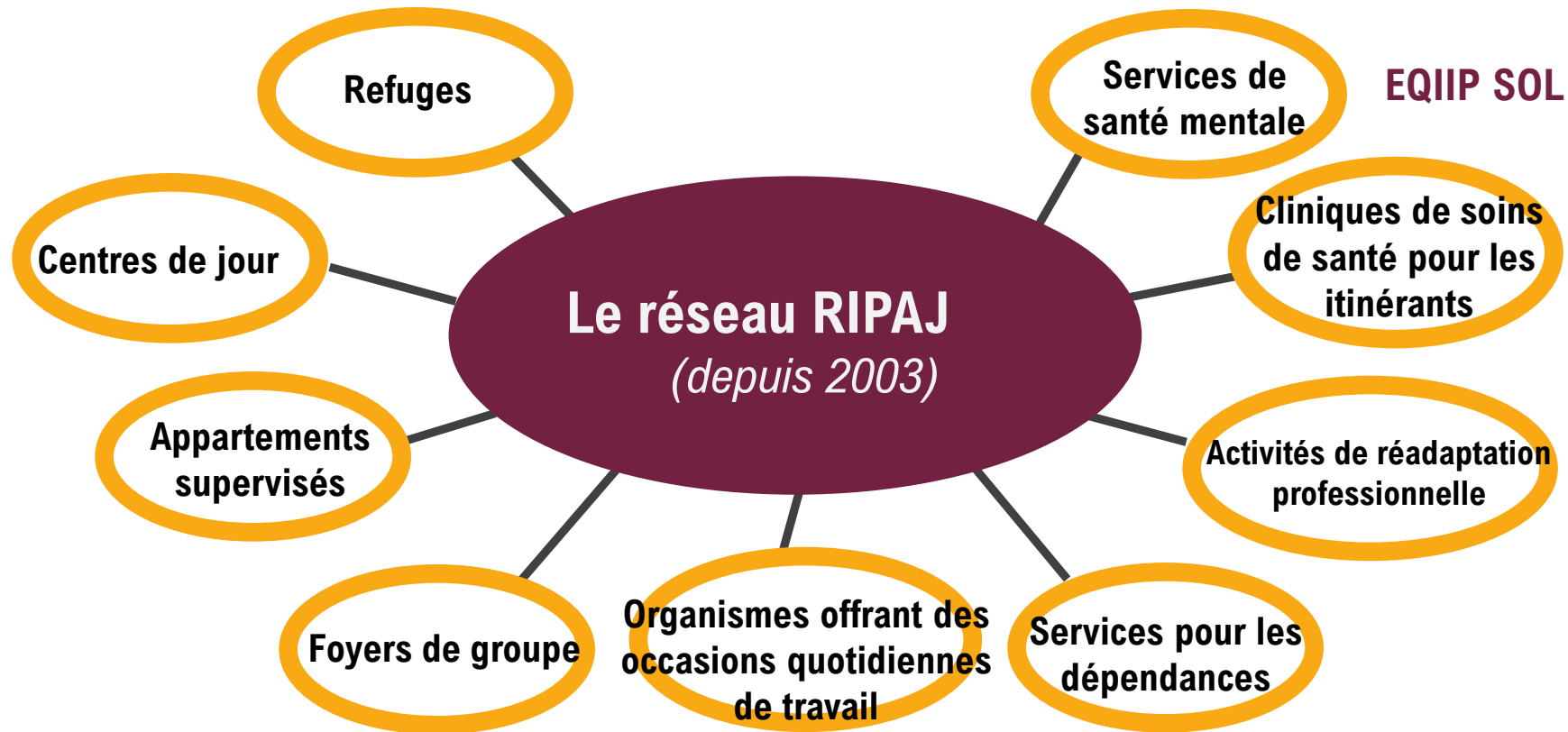
- Partenariat entre la Clinique des premiers épisodes psychotiques (JAP) du CHUM et l'Unité de psychiatrie des toxicomanies (UPT) (**traitement**);
- **5 psychiatres dédiés à temps partiel ET 3 à 5 travailleurs sociaux et infirmières à temps plein;**
- Agence de la santé et des services sociaux de Montréal (\$);
- Partenariat avec les organismes communautaires pour les JI et ceux à risque d'itinérance à Montréal (**détection et logement**).

- Dans la rue – Refuge des jeunes – Clinique des jeunes de la rue – CLSC des Faubourg
- Passage - St. Michael's Mission - Diogène - Maison St-Dominique – Portage TSTM
- Médecins du monde – Pharillon - CRAN-Relais-Méthadone – Cactus
- – Centre de réadaptation en dépendance de Montréal



Améliorer l'accès aux services de santé mentale pour les jeunes itinérants

Le réseau RIPAJ à Montréal



La relation avec les partenaires communautaires : *Une pierre angulaire du projet EQUIIP SOL*

- Les organismes communautaires peuvent **orienter** les jeunes **itinérants** vers l'équipe EQUIIP SOL;
- Premièrement, contactez **l'hôpital ou l'organisme** fréquenté par le jeune;
- Le jeune peut éventuellement être **accompagné** aux rendez-vous, par une personne de confiance, incluant des **membres du personnel**;



- **Rencontres régulières** (au moins mensuelles) avec les organismes partenaires pour partager les informations administratives et, éventuellement, des mises à jour cliniques;
- **Visites hebdomadaires sur place** pour faciliter la communication et établir une confiance réciproque;
- **Formation** aux partenaires **sur la psychose** et ses comorbidités par les membres de l'EQUIIP SOL.



EQUIP SOL

Fréquence : visites 1 à 5 fois par semaine

- Interventions centrées sur les besoins des jeunes;
- Objectif principal : trouver et maintenir un logement adéquat;
- D'autres objectifs sont l'amélioration de :
 - Mauvais usage d'une substance;
 - Psychose;
 - Problèmes avec la loi;
 - Réadaptation aux études ou au travail;
- Les JI ont également accès à tous les autres services (pour les patients + leurs familles) et aux thérapies de groupe offertes par le service d'IPP.



Ce modèle de soins améliore-t-il l'issue des jeunes itinérants vivant un PEP et des comorbidités complexes?

Étude comparative

(avec un groupe historique comparatif)

Comparer les issues de 2 cohortes de jeunes itinérants souffrant d'un PEP et d'un TUS suivis au même service d'IPP (Clinique JAP-CHUM, Montréal, Canada (centre urbain))

- **1 — Groupe historique (traitement habituel (TAU))** : Tous les jeunes suivis par le service d'intervention précoce de la psychose (**IPP seule**) qui **n'avaient pas de logement stable** à l'admission (admis entre 2005-2011, avant l'existence de l'EQIIP SOL)
- **2 — Groupe EQIIP SOL (IPP + équipe de proximité pour les itinérants de l'EQIIP SOL)** : Inclut tous les patients de premiers épisodes orientés vers le même service d'IPP par l'EQIIP SOL (ajoutée au service d'IPP), car ils **n'avaient pas de logement stable** à l'admission (admis de 2012 à 2015 après la création de l'EQIIP SOL)



Caractéristiques sociodémographiques et cliniques initiales des 2 groupes de traitement

	IHE group (n=24)	TAU group (n=26)	p-value
Age mean ± SD	24.1 ± 3.0	23.6 ± 3.5	0.595
Gender (male) (N)	91.7% (22)	92.3% (24)	0.664
Visible minority (N)	41.7% (14)	23.1% (20)	0.135
Immigration (1st and 2nd generation) (N)	50.0% (12)	42.3% (11)	0.397
Marital status (single) (N)	87.5% (21)	92.3% (24)	0.461
Education mean ± SD	8.7 ± 2.1	9.4 ± 2.9	0.382
Not in school (N)	95.7% (22)	80.8% (21)	0.125
Unemployed (N)	95.8% (23)	88.5% (23)	0.336
Trauma during childhood† (N)	90.5% (19)	76.2% (16)	0.205
Abuse during childhood *(N)	87.5% (21)	88.5% (23)	0.545
Placement during childhood by youth protection services (N)	38.9% (11)	41.7% (14)	0.555
Legal problems (N)	58.3% (14)	69.6% (16)	0.31
Non-affective psychosis (N)	62.5% (15)	80.0% (20)	0.149
Cluster B personality traits (N)	66.7% (16)	61.5% (16)	0.468
Patients on LAI at 3 months (N)	45.8% (13)	28.0% (18)	0.159
Mean CPZ eq. at 3 months ± SD	237.0 ± 257,5	195.5 ± 139,1	0.487

†Trauma in childhood: Includes abuse, neglect, placements, intimidation, death of a parent, separation from an attachment figure

*Abuse during childhood: Includes physical abuse, psychological abuse, sexual abuse and neglect

LEGEND: Age and education in years; LAI, long-acting injectable antipsychotics; CPZ eq., chlorpromazine equivalent (antipsychotic medication converted to chlorpromazine equivalent, in mg); SD, standard deviation.



Perdus au suivi de 24 mois?

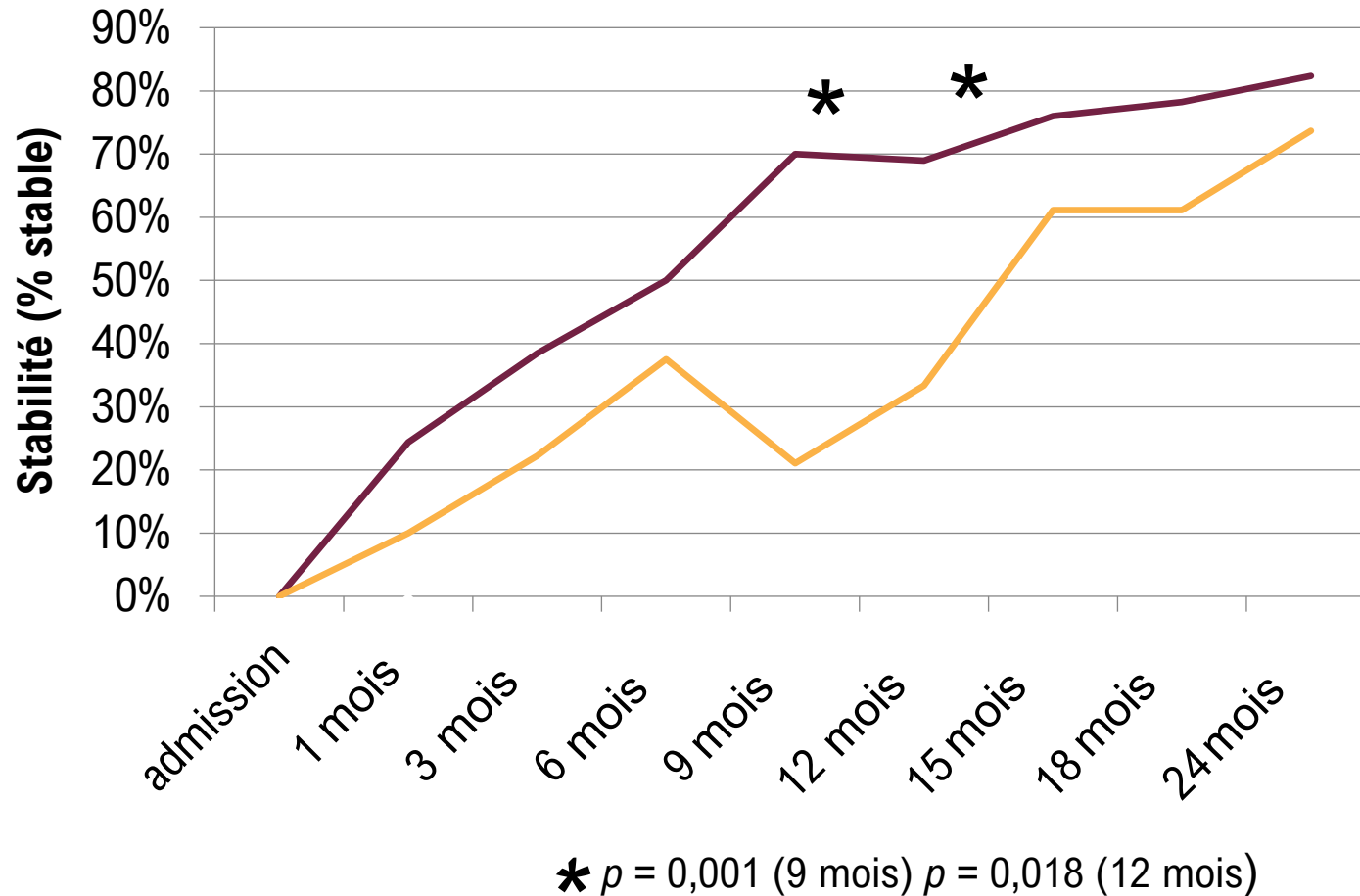
- Groupe IHE (EQIIP SOL) : 4/24 (16,7 %);
- Groupe TAU : 6/26 (23,1 %);
- Aucune différence statistiquement significative des caractéristiques initiales* entre les participants perdus au suivi et ceux toujours suivis;
- **Raison principale : ils sont retournés dans leur région natale ou leur pays d'origine (immigrants-réfugiés).**

* En termes de genre, de statut matrimonial, de diagnostic, traits et troubles de personnalité de groupe B, d'abus et de traumatisme pendant l'enfance, de problèmes légaux, de statut d'immigrant, de minorité visible, de niveau de scolarité et de scores aux GAF, SOFAS, CGI, de condition d'hébergement, de statut de scolarité et d'emploi au début et mauvais usage d'une substance au départ.



Hébergement

Figure 2 : Stabilité de logement

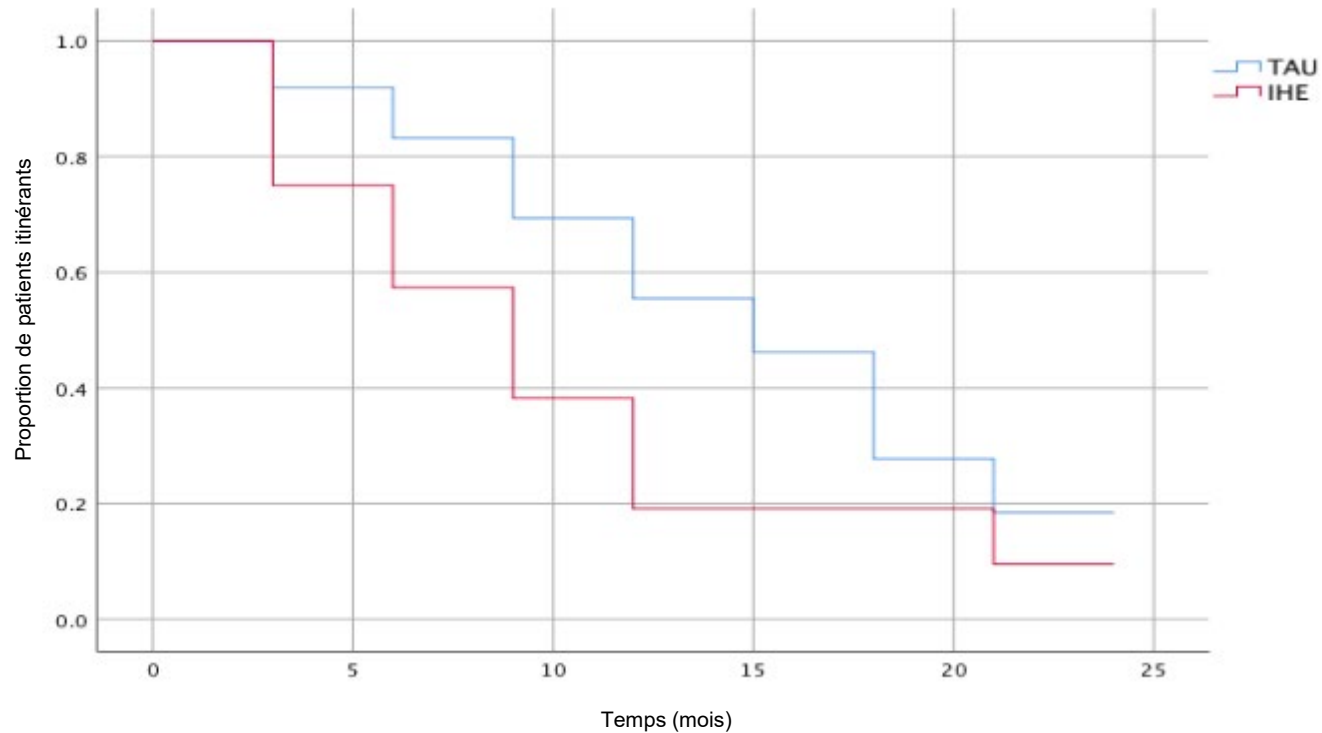


Combien de temps avant d'être stable?

En moyenne, les participants au programme **EQIIP SOL** ont atteint la stabilité de logement après **7,15 mois** p/r à **13,78 mois** avec le Tx habituel (**service IPP seul**) ($p = 0,044$)

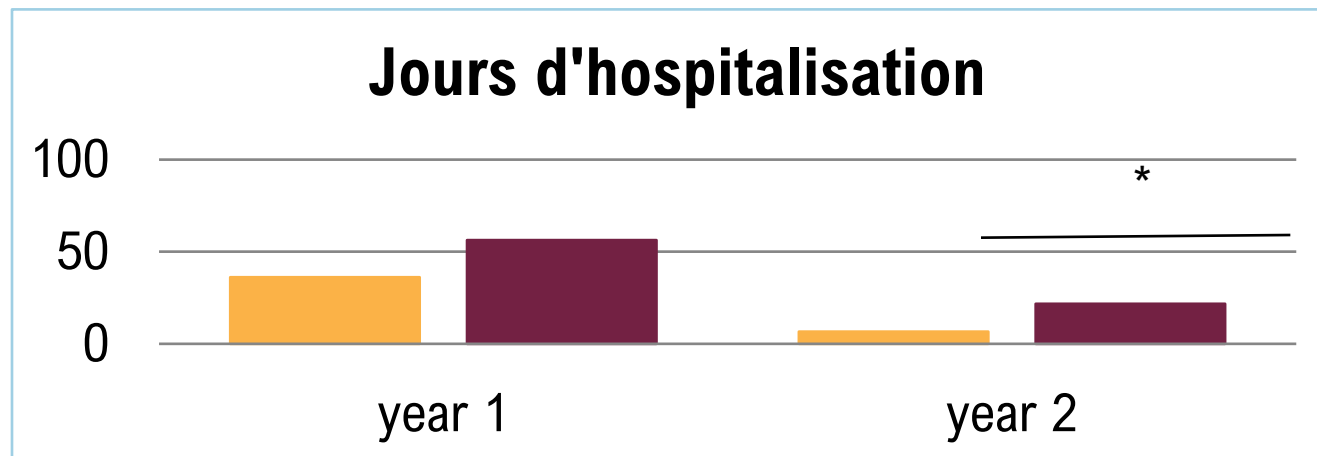


Délai avant la stabilité de logement

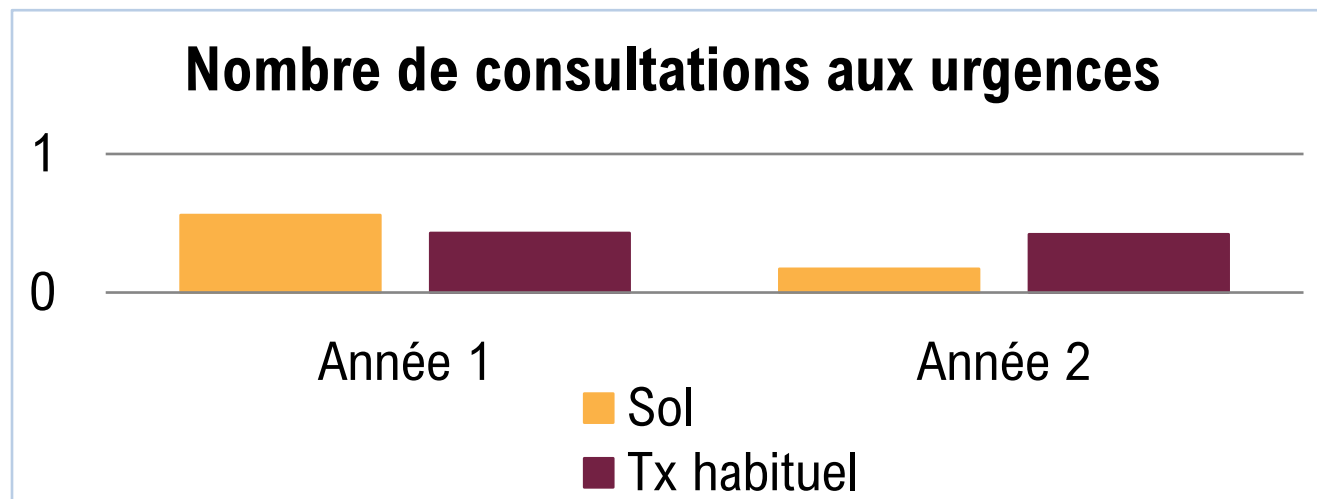


- Comparaisons des courbes Kaplan-Meier avec un test Mantel-Haenzel (RR = 1,49, $p = 0,210$);
- Lorsque les facteurs confondants (TUS, diagnostic psychiatrique, niveau de scolarité et personnalité du groupe B) sont inclus dans le modèle de régression de Cox :
 - Le groupe **IHE (EQIP SOL)** était associé à une **probabilité accrue** d'atteindre la **stabilité de logement** (RR = 2,38, $p = 0,017$);
 - Le **trouble de l'usage de la cocaïne** était associé à une **probabilité réduite d'atteindre la stabilité de logement** (RR = 0,25, $p = 0,04$).

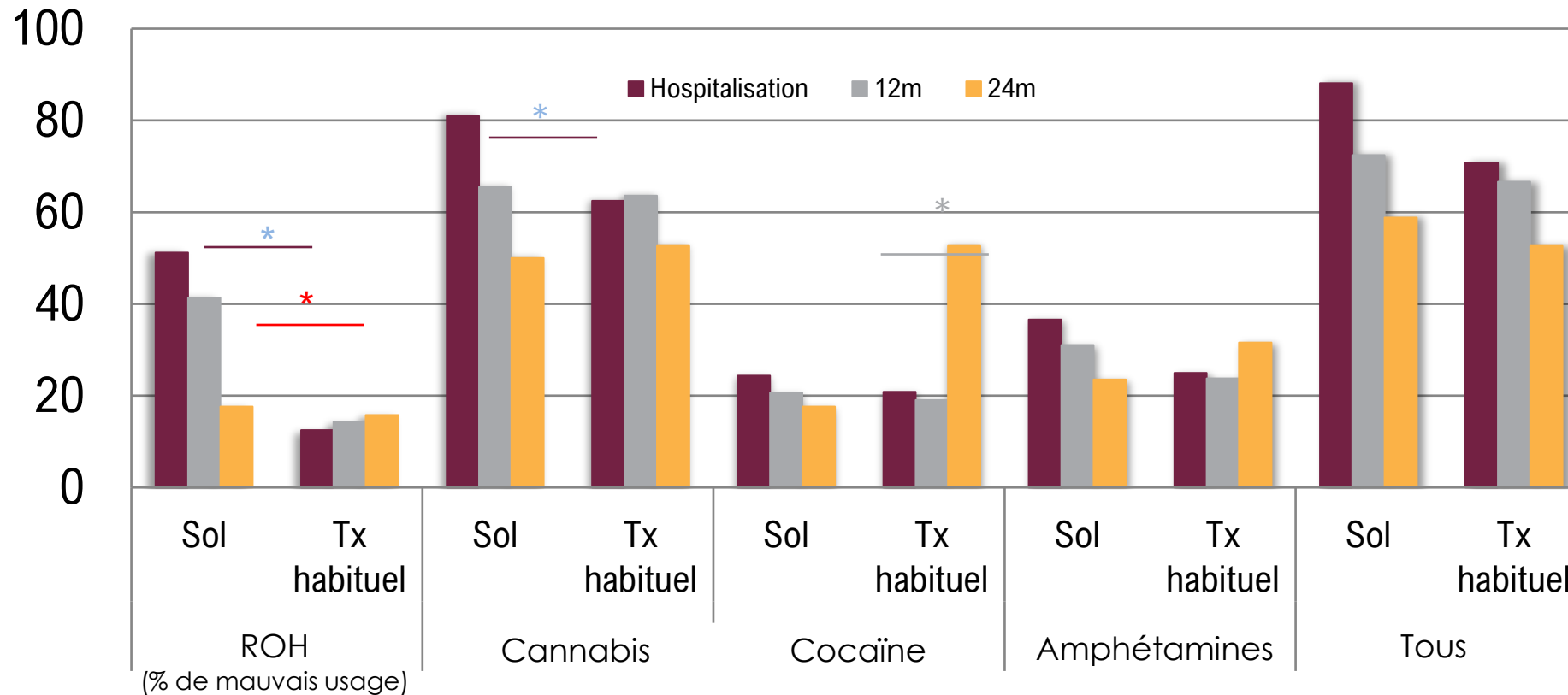
L'utilisation des services aigus en santé mentale était inférieure dans le groupe EQIIP SOL p/r à l'IPP seule



* $p = 0,033$



Résultats du mauvais usage d'une substance

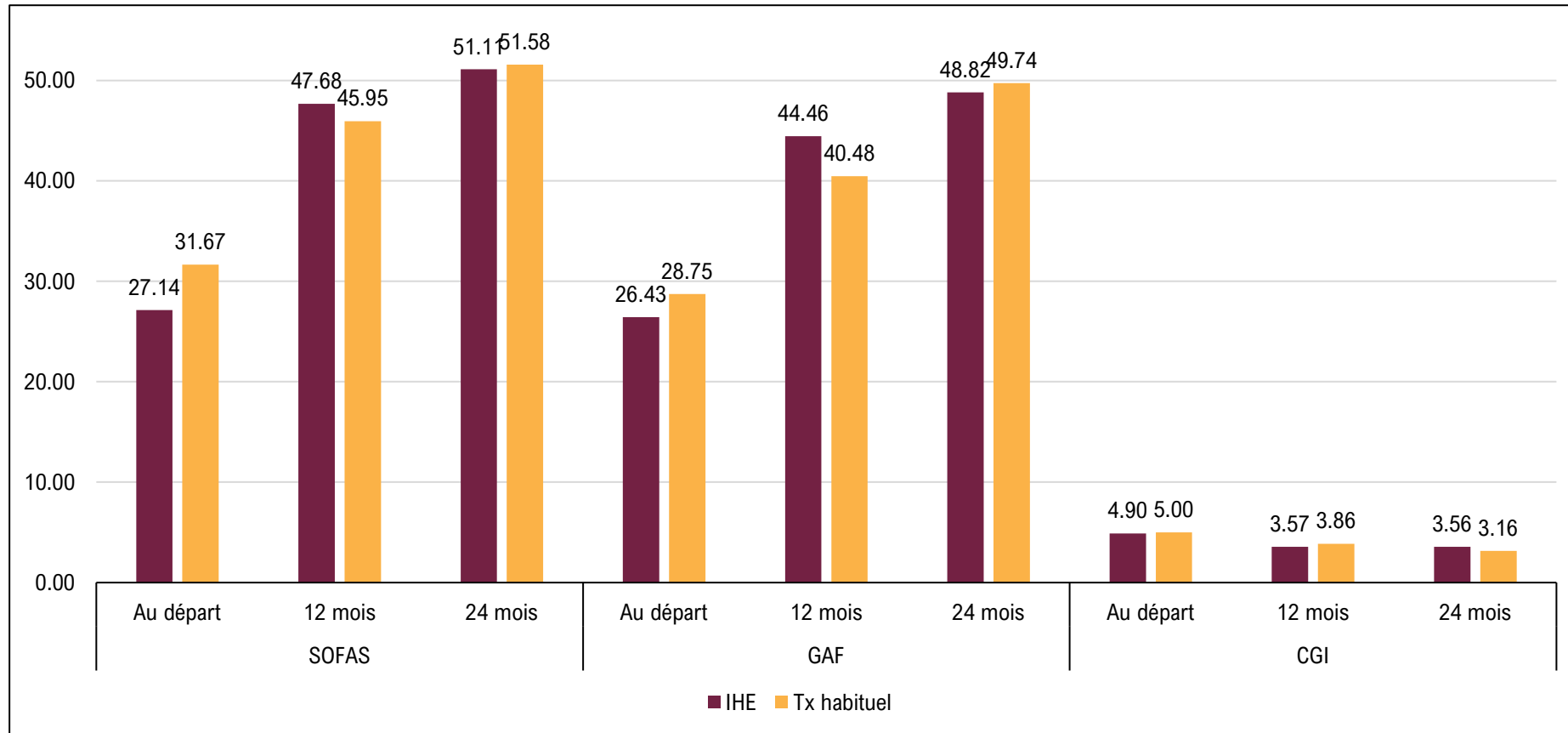


Les participants du groupe SOL étaient plus susceptibles ($p < 0,05$) d'abuser de l'alcool et du THC au départ, une différence qui est disparue après 24 mois (ROH) et 12 mois (THC).

Les participants du groupe de Tx habituel étaient plus susceptibles d'abuser de la cocaïne à la fin du suivi.



Fonctionnement social et global + sévérité clinique



Amélioration significative des deux groupes au fil du temps ($p < 0,0005$)

Aucune différence entre les groupes, aucune interaction groupe x temps



Conclusion

Cette recherche suggère qu'une **équipe de soins intensifs communautaires (dédiée aux jeunes itinérants souffrant de psychose et de dépendance)** ajoutée à une clinique d'intervention précoce de la psychose peut aider à obtenir de meilleurs résultats :

- Atteinte plus rapide de la stabilité de logement
- Réduction du TUS
- Réduction des services d'hospitalisation

Ne semblait pas avoir un impact supplémentaire majeur sur les symptômes ou d'autres résultats fonctionnels (incluant globaux et spécifiques [travail/études]).



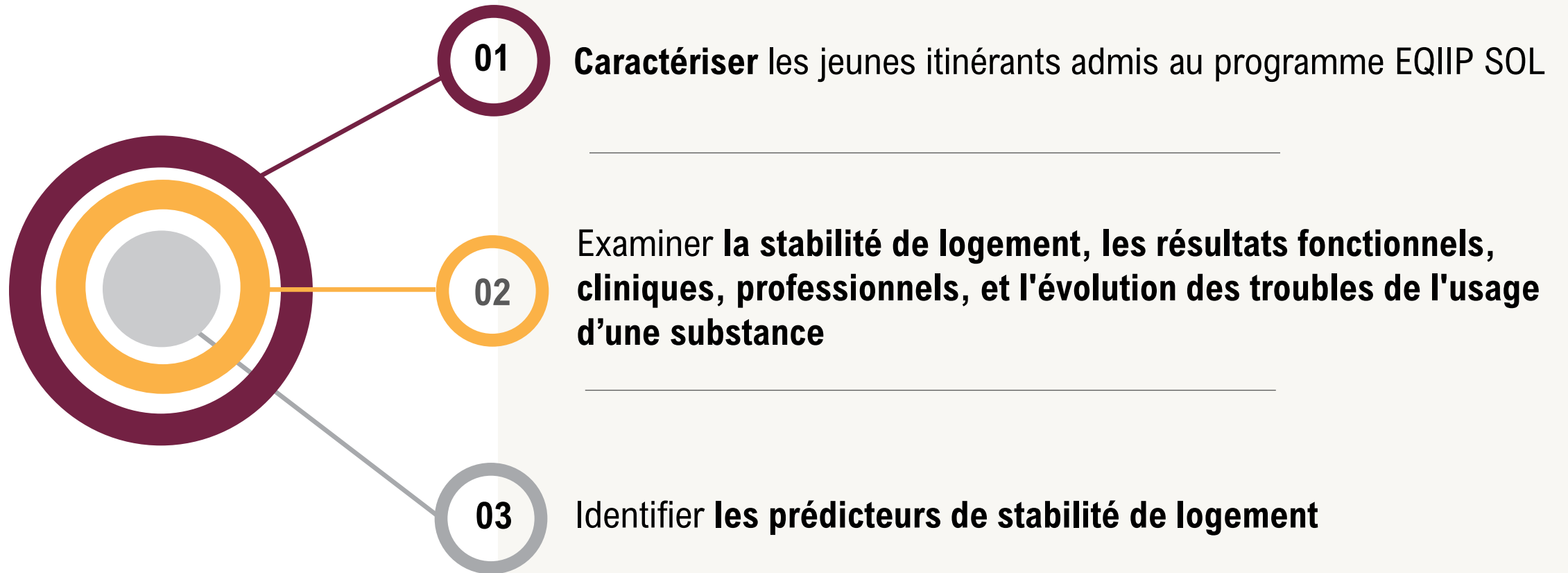
Aborder les besoins complexes des jeunes en situation d'itinérance atteints de psychose précoce et d'usage comorbide d'une substance : Une étude naturaliste longitudinale des 10 ans d'expérience du service de proximité spécialisé EQIIP SOL

Todesco, B; Pires De Oliveira Padilha, P; Rabouin, D; Ouellet-Plamondon, C; Jutras-Aswad, D; Abdel-Baki, A.

- **Les résultats positifs de l'étude pilote durent-ils au fil du temps?**
- Le mauvais usage d'une substance s'améliorera avec un suivi plus long, car il s'agit d'une maladie chronique pour laquelle des changements tendent à apparaître après des périodes plus longues;
- Le rétablissement professionnel se poursuivra au fil du temps permettant un pourcentage accru qui retourneront au travail ou à l'école;
- Pendant combien de temps cette intervention sera-t-elle nécessaire pour assurer la stabilité de la situation de ces jeunes.



Principaux objectifs de recherche



Méthodologie

Méthodologie de l'étude :

Une étude longitudinale de 3 ans incluant tous les jeunes itinérants (18 à 30 ans) inscrits de février 2012 à avril 2020.

Critères d'inclusion :

1. Âge entre 18 et 30 ans;
2. **Actuellement itinérant ou à risque d'itinérance** au moment de l'admission;
3. Diagnostic d'un **trouble psychiatrique primaire** (non traité/traité < 1 an) +/- usage d'une substance.

Résultats :

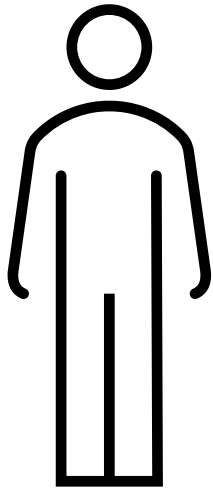
- **STABILITÉ DE LOGEMENT** : le patient est considéré « **stable** » si, au moins au cours du dernier mois, il vivait dans un **logement adéquat, qui lui permet de rester pour 6 à 12 mois** (une preuve comme un bail devrait être disponible);
- **CGI-S, GAF, SOFAS**;
- *AUS, DUS* (évaluation annuelle);
- **Issue professionnelle.**



Analyses :

Les variables associées de façon statistiquement significatives à l'instabilité de logement (analyse à une variable) ont été entrées dans un modèle à effets mixtes à variables multiples

Caractéristiques des patients



Baseline characteristics	Total (n=177)
Age at admission (n=177)	23 [20-25]
Male sex	151 (84.8%)
Immigration	
First or second generation immigrant	75 (42.4%)
Marital status	
Celibacy	161 (91.0%)
Highest completed diploma	
Primary school degree or less	105 (59.3%)
High school degree or more	70 (40.0%)
Studying at baseline	11 (6.2%)
Working at baseline	21 (11.9%)
Income	
None	35 (19.8%)
Government aid/disability	115 (64.6%)
Autonomous or aid from the family	27 (15.3%)
Legal problems	36 (20.3%)
Childhood traumatic experiences	
Abuse- (neglect, physical, psychological, sexual)	128 (77.1%)
Placement in foster care	75 (42.6%)
Neglect	88 (53.7%)
Physical abuse	62 (40.3%)
Psychological abuse	63 (40.9%)
Sexual abuse	26 (17.2%)
Primary diagnosis at admission	
Schizophrenia spectrum psychosis	20 (11.3%)
Affective psychosis	34 (19.2%)
Other psychosis (including non specified psychosis)	122 (68.9%)
Last available diagnosis	
Schizophrenia spectrum psychosis	82 (46.3%)
Affective psychosis	58 (32.8%)
Other psychosis (including non specified psychosis)	37 (20.9%)

Legend. Data are median [IQR] for quantitative variables, n/N (%) for qualitative variables.



Abandons et données manquantes

- **71,2 %** étaient évalués au suivi de 36 mois
- **28,8 % ont abandonné les services avant 3 ans**
- **2 décès** pendant le suivi, un suicide et une surdose

Raisons d'abandon :

- 30 % transfèrent vers un autre service après la stabilisation pour des raisons personnelles ou professionnelles (c.-à-d. se rapprocher de la famille);
- 16,3 % ont quitté la région sans préavis/contre l'avis thérapeutique;
- 12,2 % ont dû retourner dans leur pays d'origine en raison d'un statut d'immigrant irrégulier;
- 8,2 % ont gardé un contact irrégulier avec le service;
- 8,2 % ont été perdus après un séjour en prison;
- 20,4 % perdus pour des raisons inconnues.

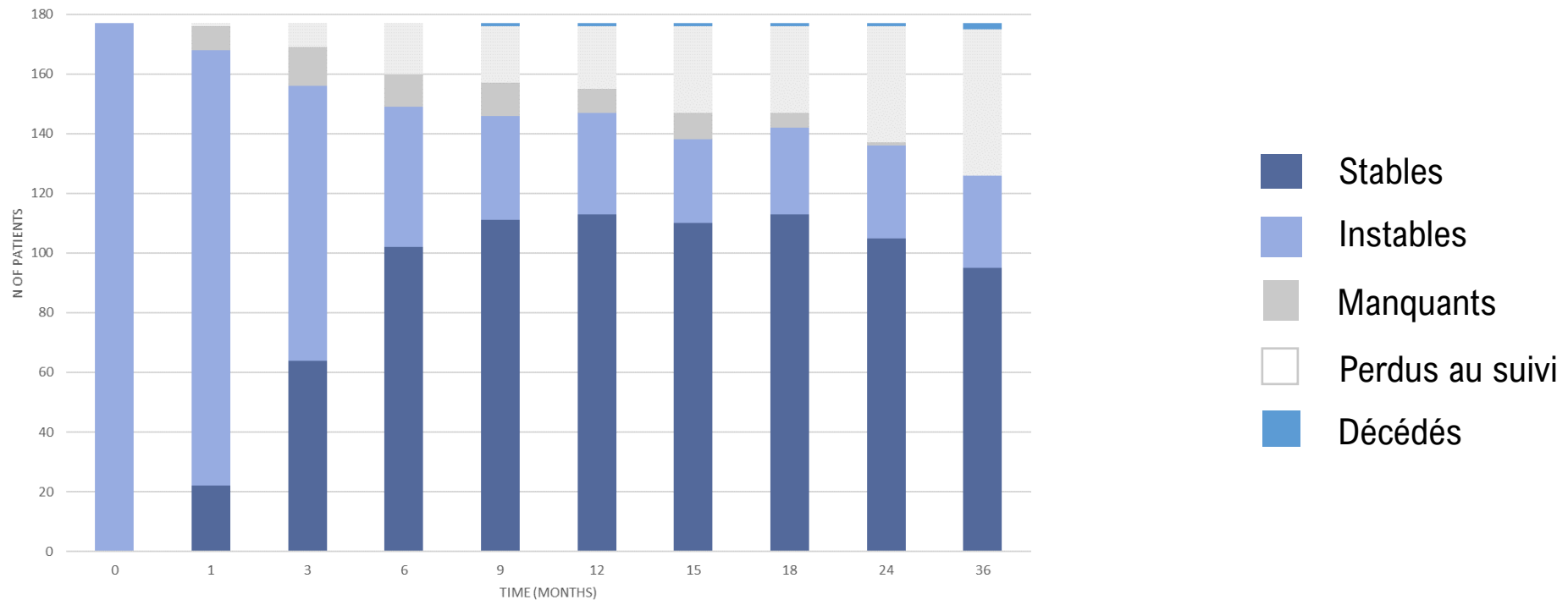
Les patients ayant manqué au moins 1 rendez-vous prévu, comparativement à ceux ayant une observance optimale, étaient plus susceptibles de :

- Recevoir un diagnostic de psychose non spécifié ($p = 0,009$);
- Être impliqués avec le système juridique ($p = 0,009$);
- Moins dépendre de l'aide gouvernementale et d'avoir des sources de revenus autonomes ou du soutien financier de la famille ($p = 0,031$).



Les résultats positifs de l'étude pilote durent-ils au fil du temps?

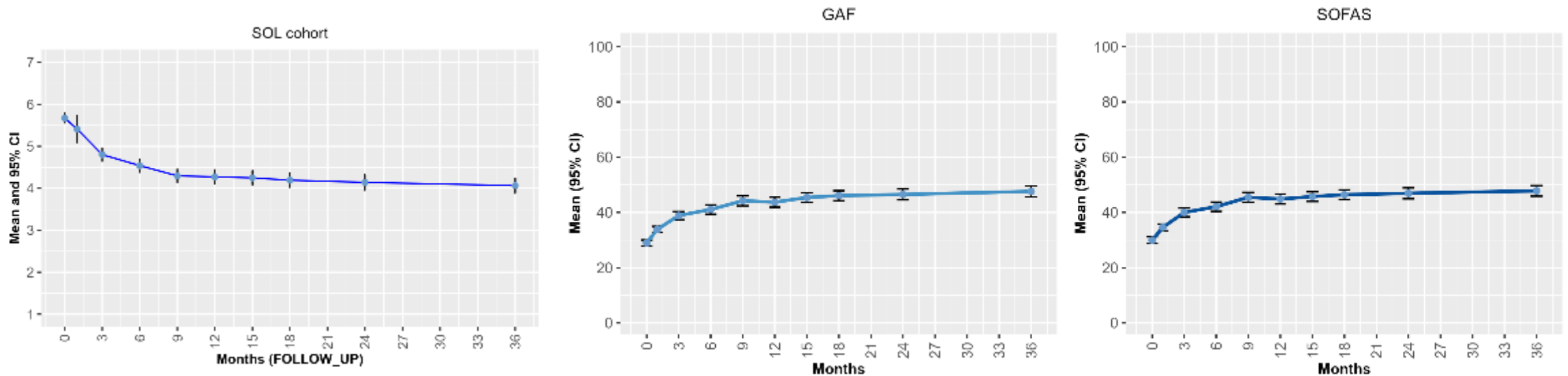
Mise en œuvre et maintien du programme sur 10 ans Évolution de la **stabilité de logement**



Globalement, **81,4 %** des patients ont été en mesure d'atteindre la stabilité de logement (au moins une fois) au cours de la **période de 3 ans**, avec un **délai médian de six mois**.



Évolution des résultats cliniques et fonctionnels



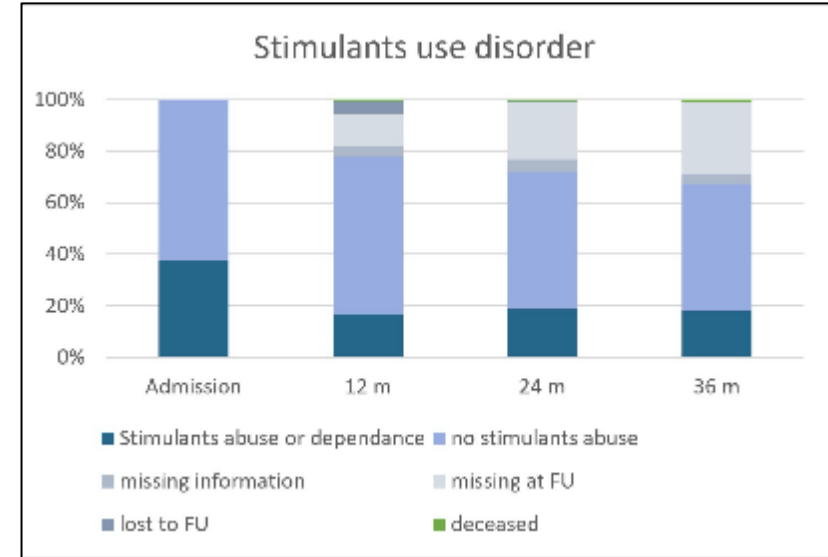
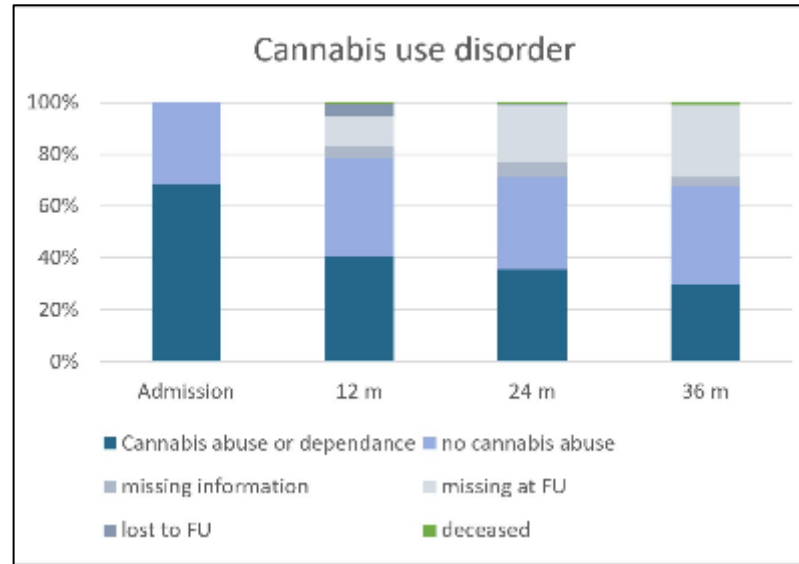
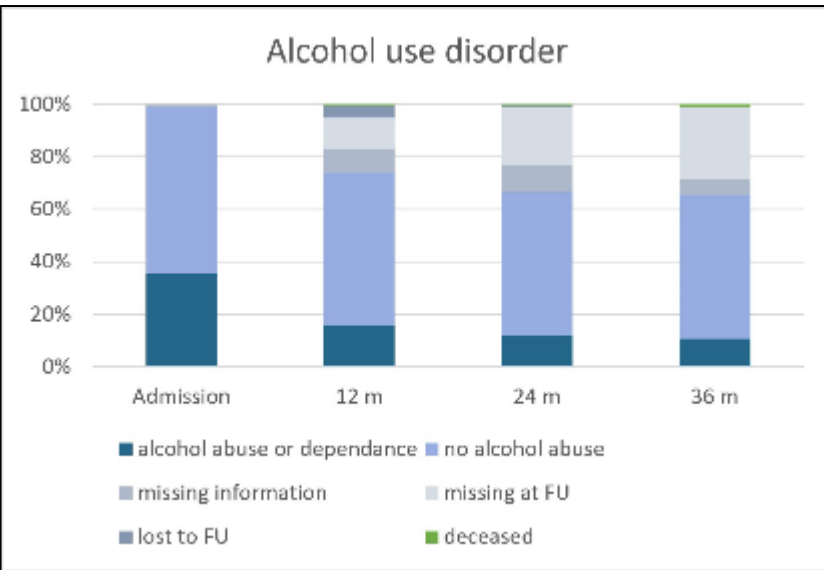
La **sévérité clinique** de la maladie (CGI-S) et le **fonctionnement** (SOFAS et GAF) se sont améliorés simultanément **avec la stabilité de logement, principalement pendant les neuf premiers mois**, avec une progression subséquente minime.

Fin du suivi de 3 ans :

- Score moyen au CGI-S autour de 4, **niveau modéré de sévérité de la maladie**;
- Scores moyens au GAF de 47.6, et au SOFAS de 47,8 (sous la rémission fonctionnelle (SOFAS ou GAF > 61) et capacité de s'engager dans des activités productives (SOFAS > 50));
- Résultats professionnels : 28,7 % travaillaient à temps partiel ou à temps plein et 6,4 % étudiaient.



Évolution des troubles de l'usage de l'alcool et de substances



Trouble de l'usage de l'alcool (36 % au départ; réduction de moitié lors des deux premières années.

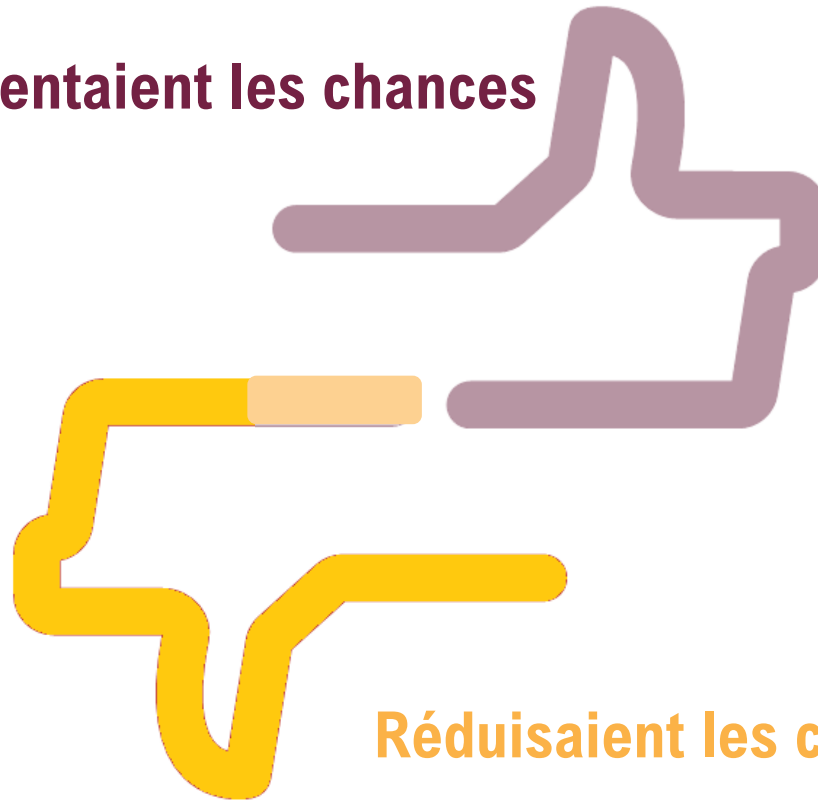
- Trouble de l'usage du cannabis (70 %) et trouble de l'usage de psychostimulants (37 %), tous deux réduits de 1/3 pendant la première année, seulement une amélioration légère ou nulle ensuite.**



Facteurs associés aux chances d'atteindre la stabilité de logement

Augmenteraient les chances

- Être « **plus âgé** » à l'admission;
- Formes d'itinérance autre que « dans la rue » ou dans un refuge de nuit (comme l'**instabilité de logement** et d'un sofa à l'autre);
- **Aucun antécédent d'itinérance chronique** (durée de plus de 12 mois);



Réduisaient les chances

- Être « **plus jeune** » à l'admission;
- **Sans-abri** ou refuge d'urgence à l'admission;
- Antécédents d'itinérance **chronique**;
- **Trouble de l'usage de la cocaïne ou d'amphétamines.**



Résultats



Nos résultats suggèrent que **plus tôt** une personne devient itinérante dans sa vie et **plus il/elle est ancré(e) dans la vie dans la rue, plus il est difficile d'en sortir**, peu importe les autres facteurs comme le type de psychose ou la sévérité des symptômes.

L'itinérance est une **expérience traumatisante** en soi. Plus longtemps vous y êtes exposé, plus ses effets sont délétères, particulièrement sur la santé mentale. Nos constats renforcent **l'importance d'une approche centrée sur la prévention et l'intervention précoce** pour protéger les jeunes **contre les effets de l'itinérance**.

Les services de santé mentale doivent être réorganisés pour mieux répondre aux besoins des jeunes itinérants, pour faciliter l'accès et l'utilisation par ces patients : **modèles plus flexibles et réseautage et partenariats constants** avec les services communautaires.



Merci de votre attention