

Université de Montréal

L'itinérance chez une cohorte de jeunes adultes avec premier épisode psychotique :
Étude comparative à 2 ans de l'impact de l'itinérance sur l'évolution fonctionnelle et
symptomatique

par Isabelle Sarah Lévesque

Programme de Sciences biomédicales
Faculté de médecine

Mémoire présenté
en vue de l'obtention du grade de Maîtrise en Sciences biomédicales
option sciences psychiatriques

Octobre, 2018

© Isabelle Sarah Lévesque 2018

Résumé

Contexte

La psychose augmente le risque d'itinérance, menant à des morbidité et mortalité accrues. Les jeunes adultes avec premier épisode psychotique (PEP) sont davantage vulnérables. Or, la littérature s'intéressant à l'itinérance chez les PEP est ténue.

Objectifs

Comparaison de l'évolution clinique et fonctionnelle du groupe PEP avec itinérance versus celui sans itinérance, à l'admission et deux années suivant l'admission à une Clinique d'intervention précoce pour psychose (CIP).

Méthodologie

D'octobre 2005 à avril 2011, 167 PEP admis de façon consécutive (18-30 ans) sont inclus dans une étude de suivi longitudinal prospective d'une CIP du centre-ville de Montréal, Canada. Les caractéristiques sociodémographiques, symptomatiques et fonctionnelles, les traitements et l'utilisation des services, sont recueillis à l'admission puis annuellement.

Résultats

26% présentent de l'itinérance, avant ou pendant le suivi. L'attrition est similaire entre les groupes. À l'admission, les itinérants présentent davantage de traumatismes dans l'enfance, d'antécédents judiciaires, psychose non-affective, symptômes négatifs, toxicomanie et personnalité du cluster B.

Malgré l'intensité du suivi, une sévérité de la maladie et une adhésion à la médication similaires à l'admission, les jeunes avec vécu d'itinérance présentent une évolution clinique et fonctionnelle plus faible à 2 ans, et ce malgré davantage d'antipsychotiques injectables (vs oraux), d'ordonnances de soins et d'hospitalisations psychiatriques.

Conclusion

L'itinérance est un phénomène prévalent chez les PEP, associé à une évolution clinique et fonctionnelle moins favorable. Davantage d'études sont requises pour développer des interventions adressant les facteurs potentiellement modifiables (par exemple : toxicomanie, support social).

Déclaration d'intérêt

Aucune.

Mots-clés: itinérance, jeunes itinérants, troubles mentaux sévères, psychose, premier épisode psychotique, schizophrénie, toxicomanie, évolution fonctionnelle, évolution symptomatique, psychiatrie

Abstract

Background

Psychosis increases the risk of homelessness, the latter is associated with increased morbidity and mortality. Young adults experiencing first-episode psychosis (FEP) are increasingly recognized as more vulnerable. However, data about homelessness in FEP is sparse.

Objectives

To compare symptomatic and functional outcomes in homeless v. never homeless FEP, at admission and two years after admission to an Early Psychosis Intervention (EPI) program.

Method

From October 2005 to April 2011, 167 FEP consecutive admissions (aged 18 to 30 years old), were recruited in a 2-year prospective longitudinal study in an inner city EIS in Montreal, Canada. Socio-demographic characteristics, symptomatic and functional outcomes, as well as treatments and service use data were collected at admission and annually.

Results

26% of FEP were homeless, prior or during the follow-up. Attrition rate was similar among the two groups. At baseline, the homeless group were more likely to have experienced childhood abuse, forensic history, non-affective psychosis, negative symptoms, substance use disorder and cluster B personality.

Despite the intensive care of EIS, the similarity of illness severity at baseline and medication adherence rate, homeless FEP had poorer 2-year symptomatic and functional outcomes, although having more long-acting injectable (LAI) antipsychotics (vs oral), community treatment orders and hospitalizations.

Conclusion

Homelessness is a serious and prevalent phenomenon among FEP youth associated with worse symptomatic and functional outcomes. More studies on interventions focusing on potentially modifiable factors (e.g. substance use disorders, social support) are warranted.

Declaration of Interest

None.

keywords: homelessness, homeless youth, severe mental disorders, psychosis, first-episode psychosis, schizophrenia, substance-related disorders, abuse, outcome, psychiatry

Table des matières

Table des matières.....	iii
Liste des tableaux.....	v
Liste des figures	vi
Liste des abréviations et sigles.....	vii
Remerciements.....	ix
1. Introduction.....	1
2. Recension des écrits.....	9
2.1 Définition de l’itinérance	9
2.2 Prévalence de l’itinérance chez les individus atteints de psychose	10
2.2.1 Prévalence de l’itinérance chez les adultes avec psychose émergente	10
2.2.2 Prévalence de l’itinérance chez les adultes avec troubles psychotiques.....	14
2.2.3 Prévalence de la psychose chez les individus itinérants	15
2.3 Facteurs associés à l’itinérance.....	17
2.3.1 Caractéristiques socio-démographiques.....	17
2.3.2 Psychose.....	22
2.3.3 Autres troubles mentaux associés	23
2.4 Morbidité et mortalité	28
2.5 Évolution de jeunes adultes avec PEP avec vécu d’itinérance	29
2.6 Services offerts aux jeunes PEP.....	30
2.7 Services en santé mentale chez les individus itinérants avec TMS	31
2.8 Contexte de l’étude actuelle.....	33
2.9 Pertinence de l’étude.....	35
2.10 Objectifs et hypothèses	36
2.10.1 Objectifs.....	36
2.10.2 Hypothèses.....	36
3. Méthodologie	38
3.1 Devis d’étude	38
3.2 Population étudiée.....	39
3.2.1 Critères d’inclusion et d’exclusion	39

3.2.2 Recrutement	40
3.3 Considérations éthiques	42
3.4 Collecte des données.....	43
3.4.1 Sources.....	43
3.4.2 Descriptions des données.....	46
3.4.2.1 Description de l'itinérance	46
3.4.3 Description des échelles.....	54
3.5 Analyses statistiques	59
3.5.1 Description des groupes.....	59
3.5.2 Variables étudiées	59
3.5.2 Justification du choix des variables	61
3.5.3 Représentativité de l'échantillon.....	62
3.5.4 Analyses descriptives.....	63
3.5.5 Analyses comparatives.....	63
4. Résultats sous forme d'article.....	65
5. Discussion.....	95
5.1 Intégration des résultats	95
5.2 Retombées.....	122
5.3 Forces et limitations.....	125
5.3.1 Forces.....	125
5.3.2 Limitations	126
6. Conclusion	136
Bibliographie.....	138
ANNEXE I.....	147

Liste des tableaux

Tableau I. Variables étudiées.....	60
------------------------------------	----

Dans l'article

Table I. Baseline characteristics of never homeless versus homeless FEP patients (n=167).....	87
Table II. Two-year outcomes of never homeless versus homeless FEP patients (n=134).....	89

Liste des figures

Figure 1: Flowchart.....	82
Figure 2: Duration of homelessness	83
Figure 3. Symptomatic outcomes of never homeless versus homeless FEP patients.....	84
Figure 4. Functional outcomes of never homeless versus homeless FEP patients	85
Figure 5. Psychiatric care utilization by never homeless versus homeless FEP over 2 years.....	86

Liste des abréviations et sigles

APAP: Antipsychotique à action prolongée

AUS : *Alcohol Use Scale*

CDS : *Calgary Depression Scale for Schizophrenia*

CGI-S: *Clinical Global Assessment – Severity Scale*

CHRN : Canadian Homelessness Research Network

CIP : Clinique d'intervention précoce pour la psychose

CPA : Canadian Psychiatric Association

CTQ : *Childhood Trauma Questionnaire*

DUS : *Drug Use Scale*

DPNT: Durée de psychose non traitée

EPI: Early Psychosis Intervention program

GAF : *Global Assessment of Functioning*

MSSS : Ministère de la santé et des services sociaux du Québec

PANSS : *Positive and Negative Syndrome Scale*

PEP: Premier épisode psychotique

QLS : *Quality of Life Scale*

SOFAS : *Social and Occupational Functioning Assessment Scale*

TAQ : Tribunal administratif du Québec

TLUS : Trouble lié à l'utilisation de substance

TMS : Troubles mentaux sévères

A nation's greatness is measured by how it treats its weakest members.

- Mahatma Gandhi

Remerciements

Antérieurement à ce projet et au cours de mon cursus universitaire, j'ai eu la chance de rencontrer des jeunes adultes atteints de psychose. Je tiens à les remercier car c'est grâce à la confiance qu'ils m'ont accordée, et à travers le récit de leurs différents parcours, qu'ils ont su me sensibiliser à l'itinérance ainsi qu'à ses retombées.

Je remercie sincèrement tous les jeunes suivis à la clinique des Jeunes Adultes Psychotiques (JAP) qui offrent leur si précieuse collaboration à la recherche. Je remercie aussi l'équipe de professionnels dévoués de la clinique JAP pour leur implication, enthousiasme et dévouement. Je remercie Monsieur Pat Bauco, coordonnateur de recherche clinique à la clinique JAP, pour sa généreuse collaboration et grande disponibilité.

Je remercie Dr Amal Abdel-Baki, ma directrice, pour sa grande écoute, ses judicieux conseils, sa rigueur scientifique et sa disponibilité hors pair. Nos échanges ont su susciter davantage de richesse et de profondeur dans mes réflexions.

Je remercie tout particulièrement mes collègues et amis de l'Hôpital Jean-Talon, membres des équipes interne et externe de psychiatrie, pour leur compréhension et soutien tout au long de ce projet.

Enfin, je remercie chaleureusement mes proches qui, par leur indéfectible affection, ont allégé cette période parsemée d'écueils.

1. Introduction

De tous les troubles psychiatriques, les troubles psychotiques sont parmi les plus sévères. Ils représentent un ensemble hétérogène de pathologies, dont les étiologies sont complexes et multiples. Leur prévalence est estimée à 3% (Perälä 2007). Ils sont sous-divisés en psychose non-affective (schizophrénie, trouble schizophréniforme, trouble délirant, psychose non spécifiée) et psychose affective (trouble schizoaffectif, trouble bipolaire type 1). Ils sont associés à des répercussions négatives sur le fonctionnement, tant au niveau occupationnel, professionnel que social (Carpenter 1991, Ciompi 1980, Harrison 2001, McGlashan 1984, Revier 2015).

L'étiologie des troubles psychotiques est multiple et complexe, reposant sur plusieurs facteurs qui interagissent entre eux. Le modèle vulnérabilité-stress (Zubin 1977), permet de conceptualiser l'émergence de la psychose. Chaque individu présente une certaine vulnérabilité, expliquée notamment par une prédisposition génétique (polygénique), causant des anomalies morphologiques ou de neurotransmission au niveau du cerveau, auxquelles s'ajoutent ultérieurement des sollicitations environnementales précoces (ex. traumatismes dans l'enfance), et des stressseurs plus tardifs (ex. évènements stressants quotidiens, consommation de drogues) qui précipitent les symptômes psychotiques. Ainsi, l'émergence d'un trouble psychotique pourra s'expliquer selon le degré de vulnérabilité d'un individu et si l'intensité des stressseurs environnementaux dépasse ses capacités adaptatives. Il est suggéré que des traumatismes sociaux précoces, notamment ceux en lien avec l'attachement, soient

impliqués dans la genèse de la psychose. Des taux élevés de traumatismes dans l'enfance, allant jusqu'à 85%, ont été rapportés chez des individus avec de la psychose (Larsson 2013).

Les troubles psychotiques sont caractérisés par une perte de contact avec la réalité et se manifestent par un amalgame de symptômes, dont la présentation diffère selon les individus. Essentiellement, on distingue les symptômes positifs (hallucinations, délires, désorganisation de la pensée et du comportement), les symptômes négatifs (retrait social, émoussement affectif, baisse de la motivation, pauvreté du discours) et les symptômes cognitifs (troubles de concentration, de mémoire, de planification et d'organisation). De plus, des symptômes thymiques peuvent être présents, qu'ils soient maniaques (augmentation de l'énergie, humeur expansive, diminution du besoin de sommeil, agitation) et/ou dépressifs (diminution de l'énergie, tristesse, altération du sommeil, perte d'intérêt) (Kaplan 2007, chap. 13).

L'épisode inaugural (ou premier épisode psychotique (PEP)) se déclare habituellement au cours de l'adolescence ou au début de l'âge adulte, période charnière pour le jeune adulte qui consolide alors son identité et sa personnalité, tout en acquérant les compétences nécessaires afin de s'affranchir progressivement de ses parents. Un premier épisode psychotique entraîne souvent des impacts négatifs sur les capacités d'adaptation psychosociales de l'individu et, par conséquent, nuit à son fonctionnement (Kaplan 2007, chap.2).

La notion de psychose émergente (aussi « premier épisode psychotique » (PEP)) connaît un intérêt grandissant. En effet, il a été démontré dans la littérature que le pronostic des troubles psychotiques pouvait être amélioré par des interventions précoces, les premières années de la maladie constituant une période critique pour en éviter la détérioration ou chronicisation (Birchwood 1998). D'ailleurs, l'un des facteurs prédisant de façon robuste l'évolution à long-terme (25 ans après un PEP) serait le pourcentage de temps passé avec des symptômes psychotiques au cours des 2 premières années de la maladie (Harrison 2001).

Ainsi, des cliniques spécialisées se sont développées pour répondre aux besoins des jeunes adultes développant un PEP. Les lignes directrices canadiennes (CPA 2005) recommandent l'instauration de cliniques d'intervention précoce, lesquelles se distinguent par un suivi intensif, impliquant un intervenant pivot, prodiguant des traitements intégrés, avec un traitement antipsychotique, de la psychoéducation, une prise en charge psychosociale, des interventions familiales, et adressant les troubles comorbides, par exemple la toxicomanie. Les traitements offerts par ces cliniques ont d'ailleurs été associés à des améliorations, tant sur le plan de la symptomatologie psychotique positive et négative, sur l'abus de substances, sur le fonctionnement global, incluant l'autonomie en hébergement, que sur l'utilisation des services (Bertelsen 2008, Craig 2004, Henry 2010, Malla 2010).

Cependant, certains facteurs ont été associés à une évolution moins favorable, notamment un âge précoce lors du PEP, le genre masculin, un fonctionnement pré-morbide plus faible, une plus longue durée de psychose non traitée (DPNT), un début insidieux (plutôt qu'aigu), un diagnostic de schizophrénie/psychose non-affective (plutôt que de psychose affective), une plus grande sévérité des symptômes lors du PEP, davantage de symptômes négatifs (d'autant plus s'ils persistent et ne répondent pas au traitement), une plus faible performance sur le plan cognitif, une moins bonne capacité d'*insight* par rapport à la psychose, un trouble lié à l'usage des drogues, et sa persistance (notamment de cannabis), ainsi qu'une faible adhésion aux traitements (Abdel-Baki 2017, Díaz-Caneja 2015, Harrison 2001, Malla 2005, Revier 2015, Schubert 2015).

L'entrée dans la psychose entraîne généralement des altérations du fonctionnement socio-occupationnel, dont l'une des conséquences possibles est le glissement vers l'itinérance, fragilisant davantage un individu déjà en situation précaire. La psychose augmente le risque d'être itinérant (Folsom 2005, Herman 1998) et, à l'inverse, l'itinérance augmente le risque de développer un trouble en santé mentale (Martijn 2006) ou d'augmenter la sévérité d'un trouble déjà présent (Gaetz 2013).

L'itinérance est un problème de santé publique sérieux. Au Canada, 235 000 personnes se retrouvent en situation d'itinérance chaque année, et 20% sont des jeunes âgés entre 13 et

24 ans (Gaetz 2016). L'itinérance est un phénomène complexe, découlant d'un amalgame de facteurs sociaux et individuels, menant progressivement à la désorganisation, la marginalisation et l'exclusion de l'individu. Ces facteurs sont multiples et interagissent entre eux, formant un ensemble hétéroclite, propre à chaque individu. Parmi les facteurs sociaux, on note par exemple la désinstitutionalisation combinée à un manque de support communautaire pour les personnes vulnérables, la judiciarisation, le manque de logements abordables et la diminution d'emplois aux exigences minimales (Fazel 2008, Folsom 2002, MSSS 1997, MSSS 2008).

D'autres facteurs contributifs sont reliés à l'individu lui-même ou à sa situation, par exemple une faible scolarisation (Gaetz 2016, Fournier 2001), une faible employabilité et des revenus insuffisants (Caton 2005, Folsom 2005, Fournier 2001, Ran 2006), un manque de support social et familial (Bonin 2009, Fournier 2003, Ran 2006, Tulloch 2012, Odell 2000), une instabilité dans la famille d'origine, parfois allant jusqu'au placement par les services de protection de la jeunesse (Fournier 2003, Gaetz 2016, Odell 2000), des traumatismes dans l'enfance (ex. : négligence, abus physiques, psychologiques et sexuels) (Bebbington 2004, Bebbington 2011, Gaetz 2016, Goodman 1995, Herman 1998, Fournier 2003, Thompson 2012, Martijn 2006) et de la judiciarisation (Caton 1994, Caton 1995, Fournier 2003, Gaetz 2016, Martijn 2006, Odell 2000).

L'itinérance nuit à la qualité de vie et est associée à des risques accrus de morbidité et de mortalité. L'itinérance est d'ailleurs décrite comme facteur de risque indépendant augmentant la mortalité (Morrison 2009). Chez les personnes itinérantes, le taux de mortalité est accru par rapport à la population générale (Babidge 2001, Cheung 2004, Hwang 2000, Hwang 2004, Nordentoft 2003), et ce taux serait d'autant plus élevé chez les jeunes (Babidge 2001, Cheung 2004, Hwang 2000, Hwang 2004, Nordentoft 2003). Chez les jeunes itinérants au Canada, la cause principale de décès était le suicide, suivie par les intoxications létales aux substances (surdoses) (Roy 2004).

Les personnes en situation d'itinérance présentent davantage de maladies physiques et psychiatriques (Fournier 2001, Gaetz 2016, Morrison 2009, MSSS 2008, North 1998, Vazquez 2006), notamment des troubles de personnalité (Beijer 2010, Bonin 2009, Caton 1994, Caton 1995, Fazel 2008, Fournier 2001), des troubles liés aux substances (Beijer 2010, Caton 2005, Cougnard 2006, Fazel 2008, Folsom 2005, Fournier 2001, Johnson 2008, Martjin 2006, North 1998, Odell 2000) et des troubles psychotiques (Dealberto 2011, Fazel 2008, Folsom 2002, Fournier 2001). Or, il existe des interactions complexes entre les différents facteurs mentionnés ci-haut, ceux-ci pouvant contribuer à exacerber d'autres facteurs ou découler de ces mêmes facteurs. Par exemple, un trouble lié à l'utilisation de substances (TLUS) peut précéder l'itinérance, voire même précipiter l'itinérance ; or, il peut aussi se développer suite à l'itinérance, par exemple comme moyen de composer avec un niveau élevé de stress ou pour pallier à des symptômes psychiatriques (Johnson 2008, North 1998). De plus, le TLUS

peut exacerber les symptômes de troubles psychotiques et être associé à un pronostic moins favorable (Abdel-Baki 2017, Díaz-Caneja 2015, Revier 2015).

Aussi, certains facteurs communs prédisposent les individus à plusieurs de ces problématiques. Par exemples, les traumatismes dans l'enfance augmentent à la fois les risques d'être itinérant (Gaetz 2013, Martijn 2006, North 1998) et de développer des troubles mentaux (Gaetz 2013, Gaetz 2016), plus particulièrement de la psychose (Bebbington 2004, Bebbington 2011, Lysaker 200, Varese 2012), des troubles liés aux substances (Kendler 2000) et des troubles de la personnalité (Jonhson 1999). L'itinérance augmente à son tour les risques de victimisation et d'apparition ou d'exacerbation de troubles mentaux tels que la dépression, l'anxiété, la psychose et la toxicomanie (Fournier 2001, Gaetz 2013, Gaetz 2016, Martijn 2006, North 1998).

L'itinérance est associée à une augmentation du risque de victimisation, d'autant plus chez les personnes aux prises avec un trouble mental (Fournier 2003, Gaetz 2016). En effet, 69% des jeunes itinérants canadiens déclarent avoir subi au moins un épisode de victimisation dans la dernière année (vs 19% de la population générale). Ces jeunes itinérants seraient six fois plus à risque d'être victime d'un crime violent que la population générale et ceux subissant de la victimisation seraient 3 fois plus à risque de développer un trouble de santé mentale (Gaetz 2016). Enfin l'itinérance est un facteur de risque pour l'homicide d'inconnus

commis par des sujets avec troubles psychotiques et 93% des sujets qui commettent un tel homicide souffrent d'une maladie psychotique (Nielssen 2011). De plus, lors d'un PEP, le risque serait multiplié par 15 pour ce type d'homicide (Nielssen 2011).

Selon deux méta-analyses récentes, la prévalence à vie des troubles psychotiques chez les personnes itinérantes se situe entre 11 à 13% (Fazel 2008, Folsom 2002). Chez les personnes en situation d'itinérance, les jeunes présentent encore plus de troubles psychiatriques (Folsom 2005, Fournier 2001, Odell 2000). Une enquête portant sur les villes de Montréal et Québec a révélé que la prévalence à vie des troubles psychotiques chez les jeunes itinérants (âgés de moins de 30 ans), était de 15.6%, une prévalence plus élevée que celle observée chez les groupes plus âgés (Fournier 2001). Enfin, une étude menée auprès de 96 jeunes itinérants, a estimé que plus de 29% d'entre eux souffraient de psychose (Mundy 1990).

Le phénomène d'itinérance toucherait jusqu'à 20% des jeunes atteints de psychose émergente (Harrison 1994, Ouellet-Plamondon 2015, Petersen 2005), et la problématique serait plus prononcée dans les premières années de la maladie (Harrison 1994, Petersen 2005). Malgré l'importance de la problématique d'itinérance chez les jeunes atteints de psychose émergente, aucune étude n'a eu comme objectif de décrire ce phénomène. À ce jour, les caractéristiques socio-démographiques, symptomatiques et fonctionnelles des jeunes adultes souffrant de psychose avec vécu d'itinérance demeurent inconnues.

2. Recension des écrits

La recension des écrits abordera d'abord la question de la définition de l'itinérance, la prévalence de l'itinérance chez les jeunes adultes souffrant d'un premier épisode psychotique (PEP) et chez les individus avec TMS, les facteurs associés à l'itinérance chez les individus avec psychose (caractéristiques socio-démographiques, troubles de santé mentale, mortalité) et finalement les services offerts aux jeunes souffrant d'un PEP ainsi qu'aux adultes itinérants avec TMS.

2.1 Définition de l'itinérance

Actuellement, aucune définition de l'itinérance ne fait consensus. Cependant, il existe une tendance au sein de plusieurs pays industrialisés à opter pour une définition large de l'itinérance, considérant ses aspects multiples, ce qui a été repris par la littérature récente sur l'itinérance et la communauté scientifique. Au Québec, un groupe de travail a proposé une définition afin d'obtenir un consensus autour d'une définition qui s'inscrit dans ce courant. En 1987, le Comité des sans-abris de la Ville de Montréal proposait cette définition, qui fût ensuite reprise par le Comité interministériel sur l'itinérance en 1993 :

« [...] qui n'a pas d'adresse fixe, de logement stable, sécuritaire et salubre, à très faible revenu, avec une accessibilité discriminatoire à son égard de la part des services, avec des problèmes de santé physique, de santé mentale, de toxicomanie, de violence familiale ou de désorganisation sociale et dépourvue de groupe d'appartenance stable » (MSSS 2008).

De plus, le réseau canadien de recherche sur l'itinérance, dans un rapport publié en 2012 sur la définition de l'itinérance, reprenait l'essence de la définition ci-dessus :

« L'itinérance décrit la situation d'un individu ou d'une famille qui n'a pas de logement stable, permanent et adéquat, ou qui n'a pas de possibilité ou la capacité immédiate de s'en procurer un. C'est le résultat d'obstacles systémiques et sociétaux, d'un manque de logements abordables et adéquats, et/ou de défis financiers, mentaux, cognitifs, de comportement ou physiques qu'éprouvent l'individu ou la famille, et de racisme et de discrimination. La plupart des gens ne choisissent pas d'être un sans-abri et l'expérience est généralement négative, stressante et pénible. » (CHRN 2012).

2.2 Prévalence de l'itinérance chez les individus atteints de psychose

Les personnes en situation d'itinérance sont plus à risque de souffrir de troubles sévères de santé physique et mentale, notamment de psychose. De plus, les personnes présentant des troubles mentaux sévères (TMS) (incluant la psychose non-affective et affective) sont plus à risque de connaître des périodes d'itinérance au cours de leur vie.

2.2.1 Prévalence de l'itinérance chez les adultes avec psychose émergente

À notre connaissance, aucune étude ne porte sur la prévalence de l'itinérance chez les jeunes adultes exclusivement (18-30 ans). De plus, rares sont les études rapportant la prévalence de l'itinérance chez un échantillon composé uniquement d'adultes avec PEP, et lorsqu'elles le font, il s'agit essentiellement de buts secondaires (Barnes 2000, Harrison 1994, Petersen 2005, Ouellet-Plamondon 2015).

Une étude menée à la clinique JAP, portant sur une cohorte de 223 jeunes et s'intéressant à l'adhésion au traitement chez les immigrants (Ouellet-Plamondon 2015), a rapporté qu'à l'admission, 15% de la cohorte totale avait un vécu d'itinérance. Cependant, cette étude n'avait pas le mandat de comparer les itinérants aux non itinérants.

L'étude OPUS (Petersen 2005), une étude contrôlée randomisée portant sur le devenir clinique et fonctionnel à un an de 547 individus atteints d'un PEP âgés entre 18 et 45 ans (âge moyen de 26.6 ans) et visant à comparer l'efficacité d'un traitement intégré pour PEP versus un traitement standard, a rapporté qu'à l'entrée dans l'étude, 5% des sujets étaient itinérants (mesure ponctuelle) alors qu'au cours de l'année de suivi, 16% avaient été itinérants ou avaient vécu dans un refuge ou dans un hébergement supervisé.

Une étude transversale britannique, s'inscrivant dans l'étude prospective West London first-episode (Barnes 2000), regardant l'impact de la durée de la psychose non traitée sur le fonctionnement et la psychopathologie d'individus atteints d'un PEP âgés entre 16 et 50 ans (âge moyen de 26.1 ans), a rapporté que 6% des individus étaient itinérants à l'admission (mesure ponctuelle).

Une étude prospective britannique, s'inscrivant dans l'étude WHO (Harrison 1994), s'est intéressée au devenir de 95 sujets qui avaient eu un PEP 13 ans auparavant. Les auteurs rapportent qu'au cours des 13 années de suivi, 13 sujets avaient eu des périodes d'instabilité

résidentielle, notamment de l'itinérance (6 sujets) et des incarcérations (4 sujets). De ces 13 sujets, 11 avaient un diagnostic de schizophrénie, ce qui mettait les sujets avec schizophrénie davantage à risque d'instabilité résidentielle. Au cours des deux dernières années de suivi, un sujet avait été itinérant.

Ces études ont plusieurs limitations, notamment dans le contexte où l'itinérance n'était pas une mesure primaire. Conséquemment, la définition de l'itinérance n'est généralement pas fournie (excepté pour l'étude de Harrison), la collecte des données relatives à l'itinérance est souvent transversale et/ou rétrospective et basée uniquement sur une entrevue avec le sujet. Dans aucune de ces études, il n'est mentionné que l'information ait été complétée par d'autres sources, par exemple par vérification des dossiers ou par questionnaire auprès des proches ou de l'équipe traitante.

D'autres études ne portent pas sur des premiers épisodes psychotiques au sens strict du terme, mais plutôt sur des psychoses non traitées ni hospitalisées dans les six mois précédents (Drake 2011, Herman 1998).

Une étude de cohorte américaine (Herman 1998), s'est intéressée à la prévalence de l'itinérance, à l'admission et à 2 ans, chez 237 sujets âgés de 15 à 60 ans (âge moyen de 28 ans), hospitalisés pour la première fois pour un PEP. Cependant, on précise que les sujets devaient ne pas avoir connu d'hospitalisation pour un PEP dans les 6 mois précédant leur

admission dans l'étude (il pouvait ne pas réellement s'agir d'une première hospitalisation). Cette étude rapporte une définition détaillée de l'itinérance et est la seule étude à quantifier la durée de l'itinérance, en demandant au sujet de l'estimer, en se basant sur 5 catégories (moins d'une semaine, entre 1 semaine et un mois, entre 1 et 6 mois, entre 6 et 12 mois ou plus de 12 mois). Au total, 15% des sujets avaient vécu au moins une période d'itinérance au cours de leur vie, 11% avant l'hospitalisation et 7% au cours du suivi s'échelonnant sur 2 ans. La majorité des sujets avaient connu une durée significative d'itinérance: plus d'un mois chez 24 sujets et plus de 6 mois chez 8 sujets.

Une seconde étude de cohorte américaine (Drake 2011), explorant le devenir à 2 ans de 386 sujets âgés entre 17 et 45 ans (âge moyen de 27 ans pour le groupe des psychoses primaires) avec psychose émergente primaire versus psychoses toxique (induite par une drogue), a conclu que 10% de ceux avec psychoses primaires étaient itinérants à l'admission, 8% à 1 an et 6% à 2 ans. Il est à noter que les sujets n'étaient pas nécessairement à leur premier épisode psychotique; ils devaient ne pas avoir été traités ni hospitalisés dans les 6 derniers mois.

Ces études possèdent l'avantage d'offrir une mesure plus précise de l'itinérance, notamment en fournissant une définition de l'itinérance (Herman 1998), en se basant sur des mesures répétées de l'itinérance (Drake 2011) et en quantifiant les durées de l'itinérance (Herman 1998). Cependant, les auteurs ne mentionnent pas que l'information recueillie auprès du patient aurait été complétée par d'autres sources (par exemple par vérification des dossiers

ou par questionnaire auprès des proches ou de l'équipe traitante). Cependant, ces études ne portent pas sur des premiers épisodes psychotiques au sens strict du terme, mais plutôt sur des psychoses non traitées ni hospitalisées dans les six mois précédents (Drake 2011, Herman 1998). Enfin, ces études ne portent pas sur une cohorte de PEP mais sur des individus hospitalisés pour psychose.

En résumé, selon ces études, la prévalence de l'itinérance chez les adultes avec psychoses émergentes varie entre 5 et 20% (Drake 2011, Barnes 2000, Harrison 1994, Herman 1998, Ouellet-Plamondon 2015, Petersen 2005), et elle est probablement plus élevée dans les premières années de la maladie (Harrison 1994, Petersen 2005) et/ou lors d'admission hospitalière (Drake 2011, Herman 1998).

2.2.2 Prévalence de l'itinérance chez les adultes avec troubles psychotiques

Les individus souffrant de troubles psychotiques présentent un risque accru de vivre une situation d'itinérance (Folsom 2005, Herman 1998, Ran 2006, Tulloch 2012). La prévalence de l'itinérance chez des adultes (de tous âges) hospitalisés pour psychose serait d'environ 15% (Folsom 2005, Herman 1998, Tulloch 2012). Chez 10 340 individus avec troubles mentaux sévères (55% avec schizophrénie, 20% avec trouble bipolaire et 25% avec trouble dépressif majeur, dont 61% de la cohorte souffrant de TLUS), 15% ont connu de l'itinérance dans l'année précédente et ce chiffre s'élevait à 20% chez les individus avec schizophrénie, 17%

chez ceux avec trouble bipolaire et 9% chez ceux avec trouble dépressif majeur (Folsom 2005).

2.2.3 Prévalence de la psychose chez les individus itinérants

Comparativement à la population générale, les personnes en situation d'itinérance sont plus à risque de souffrir de maladie psychotique. En effet, bien que les chiffres varient d'une étude à l'autre pour des raisons méthodologiques, socioculturelles et d'organisation des soins de santé, deux revues récentes, portant sur une trentaine d'études issues de 8 pays industrialisés, estiment que de 3 à 42 % des personnes itinérantes souffriraient de psychose, avec des moyennes pondérées de 11% et 12.7% (Fazel 2008, Folsom 2002).

Une enquête publiée en 2001 portant sur la population itinérante des villes de Montréal et de Québec rapporte des prévalences à vie de psychose de 14% et de troubles affectifs de 47% (Fournier 2001). Cependant, elle a été menée il y a une dizaine d'années et les chiffres actuels seraient fort probablement plus élevés (MSSS 2008). Une étude transversale (Dealberto 2011) menée à Ottawa auprès d'individus itinérants (approchés par une équipe psychiatrique d'outreach), estime que 16% présentent des symptômes psychotiques s'inscrivant dans une schizophrénie et que 15% présentent des symptômes psychotiques s'inscrivant dans d'autres pathologies.

Cependant, on constate une grande variabilité des taux de troubles mentaux rapportés selon les études. Certains facteurs peuvent y contribuer, notamment des aspects méthodologiques (des diagnostics basés sur des outils différents, validés ou non, une définition plus ou moins inclusive de l'itinérance, allant de 1 jour à 12 mois, des taux de réponse aux sondages parfois sous-optimaux), des échantillons provenant de populations différentes (ex. différents pays et contextes socioculturels variables), avec une organisation et accessibilité des soins de santé différents (régime public vs privé, assurances, etc) ainsi que des plans de santé publique dédiés aux itinérants plus ou moins présents selon les endroits. Le cumul de ces facteurs porte à croire que la prévalence de la psychose chez les itinérants est probablement sous-estimée. En effet, les personnes atteintes de psychose présentent plus fréquemment des symptômes les rendant moins volontaires et moins en mesure de participer à ces recherches. Ces symptômes, tels que l'ambivalence, l'aboulie, la méfiance, la désorganisation de la pensée et les troubles de concentration, peuvent entraver leur participation à la recherche et mener à leur exclusion des protocoles de recherche. Ainsi, plus le taux de réponse est bas, plus le pourcentage mesuré de psychose s'en trouve réduit. Il est donc ardu de comparer les résultats et de les généraliser.

2.3 Facteurs associés à l'itinérance

2.3.1 Caractéristiques socio-démographiques

À notre connaissance, aucune étude ne rapporte les facteurs associés à l'itinérance chez une cohorte essentiellement constituée de jeunes adultes avec un PEP. Dans ce contexte, la revue de la littérature a été étendue aux individus souffrant de troubles mentaux sévères (TMS) (peu importe leur âge ou la durée de la maladie) et vivant de l'itinérance.

Chez les individus souffrant de TMS, notamment de psychose, certaines caractéristiques sont plus fortement associées à l'itinérance, notamment le genre masculin (Folsom 2005, Tulloch 2012), le célibat (Caton 1994, Caton 1995, Folsom 2005, Tulloch 2012), l'absence d'emploi et de plus faibles revenus (Folsom 2005, Ran 2006), un support social et familial plus faible (Bonin 2009, Caton 1994, Caton 1995, Odell 2006, Ran 2006, Tulloch 2012) et des problèmes judiciaires (Odell 2000, Tulloch 2012). Certaines difficultés de l'enfance sont aussi davantage présentes chez les individus souffrant de TMS, notamment une désorganisation familiale (Canton 1994, Tulloch 2012), la séparation d'un parent (ou figure d'attachement) (Odell 2000), des traumatismes (Goodman 1995, Odell 2000), une implication des services de la protection de la jeunesse et un placement en famille d'accueil (Odell 2000).

Genre

Dans plusieurs études et de façon assez robuste, les échantillons d'individus avec TMS en situation d'itinérance sont davantage composés de sujets de genre masculin (Folsom 2005, Odell 2000, Tulloch 2012). Cependant, étant donné les dangers inhérents au mode de vie itinérant et que les jeunes femmes sont particulièrement à risque de victimisation, on croit qu'elles seraient plus nombreuses à se loger dans des abris temporaires (« itinérance cachée ») (Gaetz 2016).

Scolarisation

Le lien entre la scolarisation et l'itinérance est variable. Comparativement aux individus domiciliés, ceux en situation d'itinérance, sans égard à la présence d'un trouble de santé mental, présentent généralement une plus faible scolarisation (Fournier 2001, Gaetz 2015, Patterson 2011). Cependant, chez les individus atteints de TMS, cette association est parfois absente (Caton 1993, Caton 1995, Folsom 2005).

Logement, emploi et revenus

Une absence de revenus est associée à l'itinérance chez les individus avec TMS (Folsom 2005, Ran 2006) et la présence récente d'un travail et de revenus sont prédicteurs d'une durée plus

courte d'itinérance (Caton 2005). Au Canada, 76% des jeunes itinérants n'ont pas d'emploi (vs 13% des jeunes domiciliés) (Gaetz 2016).

Réseau familial et social

De façon très robuste, l'itinérance est associée au célibat, à un faible support social actuel, à une perte de contact avec les figures parentales et à des milieux familiaux davantage chaotiques dans l'enfance (Caton 1994, Caton 1995, Fournier 2001, Fournier 2003, Gaetz 2016, Odell 2000, Ran 2006, Tulloch 2012).

Judiciarisation

Les sujets itinérants avec TMS, comparativement aux non itinérants, sont plus à risque d'avoir des problèmes judiciaires et d'être détenus légalement (Tulloch 2012). À Montréal, 86% des adultes itinérants connaissent au moins une incarcération (Fournier 2001). Il importe de souligner que la criminalité est en partie conséquence à l'itinérance (Martijn 2006). Enfin, des antécédents judiciaires sont associés à une plus longue période d'itinérance (Caton 2005).

Adversité dans l'enfance

L'adversité dans l'enfance et l'adolescence est associée de façon très consistante à l'itinérance, que ce soit chez les individus aux prises avec un TMS (Caton 1994, North 1998) ou chez les individus itinérants, sans égard à la présence de trouble de santé mentale (Fournier 2003, Gaetz 2016, Herman 1997, Martijn 2006, Thompson 2012).

Les traumatismes dans l'enfance, notamment les abus sexuels, ont été plus fortement reliés à la psychose qu'à d'autres troubles psychiatriques (Bebbington 2004, Bebbington 2011). Chez des adultes souffrant de psychose, 35% rapportent des abus sexuel (vs 3.5% de la population générale) et 38% de la violence au sein de leur famille (vs 7% de la population générale) (Bebbington 2004, Bebbington 2011).

Au sein d'une cohorte de patients avec PEP, 34% avaient vécu un abus (26% des abus physiques et 16% des abus sexuels) (Conus 2010). Chez cette cohorte, ceux ayant vécu des traumatismes dans l'enfance, comparativement à ceux sans vécu traumatique, présentaient davantage de facteurs de mauvais pronostic, notamment un niveau de fonctionnement pré-morbide plus faible, une plus faible scolarisation, une plus longue durée de psychose non traitée, davantage de troubles psychiatriques comorbides (notamment de syndrome de stress post-traumatiques et TLUS), une plus faible adhésion aux traitements et étaient plus à risque de se suicider durant le suivi (Conus 2010).

Des résultats similaires ont été trouvés chez les patients avec trouble bipolaire. Les patients présentant un vécu traumatique dans l'enfance (51% de la cohorte) avaient une plus grande sévérité du trouble bipolaire, davantage de TLUS (notamment d'alcool) et faisaient davantage de tentatives de suicide, comparativement aux patients avec trouble bipolaire sans vécu traumatique (Leverich 2002). Enfin, les individus souffrant de psychose et ayant vécu des traumatismes dans l'enfance présenteraient davantage de difficultés cognitives comparativement aux individus avec psychose sans histoire traumatique (Aas 2014, Lysaker 2001).

Ainsi, l'adversité dans l'enfance sont à la fois associés à l'itinérance (Caton 1994, Fournier 2003, Gaetz 2016, Herman 1997, Martijn 2006, North 1998, Thompson 2012) et à la psychose (Bebbington 2004, Bebbington 2011, Conus 2010, Varese 2012), et cette association s'accroît chez les individus aux prises avec les deux conditions (Goodman 1995).

Il importe de mentionner que des réserves ont été émises concernant la fiabilité du rapport d'abus par des individus souffrant de psychose, expliquées notamment par un processus normal d'oubli, une amnésie traumatique ou infantile, une nécessité de justifier la maladie ainsi que des délires, des troubles cognitifs et un détachement de la réalité imputables à la psychose (Fisher 2009). Or, une étude a démontré une bonne fiabilité, une consistance avec les notes cliniques, une validité convergente avec l'attachement à la figure parentale et une persistance dans le temps des abus rapportés chez les adultes avec psychose, concluant que l'utilisation de devis rétrospectifs peut-être pertinente dans l'étude de ces phénomènes (Fisher 2011).

2.3.2 Psychose

La psychose augmente la probabilité d'être itinérant (Cougnard 2006, Folsom 2005, North 1998) et, à l'inverse, l'itinérance augmente la probabilité d'avoir un trouble mental (Gaetz 2016, Martijn 2006), notamment de la psychose (Bebbington 2004). Une étude menée chez 900 personnes itinérantes, démontre que chez la vaste majorité, le déclenchement de la psychose précédait l'épisode d'itinérance (North 1998).

Les personnes en situation d'itinérance souffrent davantage de troubles affectifs et psychotiques que la population générale (Beijer 2010) et une sur-représentation des troubles psychotiques (s'inscrivant dans le spectre de la schizophrénie) par rapport aux troubles affectifs est rapportée (Folsom 2005, Goodman 1995, Harrison 1994, Harvey 2002). En effet, dans un échantillon de 82 personnes itinérantes présentant un trouble psychotique, 45% présentaient une schizophrénie, en faisant le diagnostic le plus fréquent, 16% un trouble schizo-affectif, 24% d'autres troubles psychotiques et 16% des troubles affectifs (trouble bipolaire ou trouble dépressif majeur) (Harvey 2002). Chez 10 340 individus avec TMS, 55% souffrait de schizophrénie, 20% de trouble bipolaire et 25% de trouble dépressif majeur. Les individus souffrant de psychose non-affective (schizophrénie) étaient plus nombreux à avoir été itinérants (20%) par rapport à ceux souffrants de trouble bipolaire (17%) et de trouble dépressif (9%) (Folsom 2005).

Bien qu'une association entre l'itinérance et une sévérité accrue des symptômes psychotiques négatifs (Drake 1991, Herman 1998) et positifs (Caton 1994, Olfson 1999) ait été rapportée, les résultats divergent et certaines études ne notent aucune différence, ni dans la nature du diagnostic ni dans la sévérité des symptômes (Caton 1995, Odell 2000, Opler 1994). Une plus longue durée de psychose non traitée (DPNT), facteur de mauvais pronostic, a été associée à l'itinérance (Barnes 2000).

2.3.3 Autres troubles mentaux associés

De façon consistante, les itinérants sont plus à risque de souffrir de maladies physiques et neuropsychiatriques (Burra 2009, Fournier 2003, Gaetz 2016, Morrison 2009, MSSS 2008, Vazquez 2006), notamment de troubles affectifs (Beijer 2010, Fournier 2001, Folsom 2005), de troubles cognitifs (Burra 2009, Gaetz 2016), d'un trouble de personnalité (Beijer 2010, Bonin 2009, Caton 1994, Caton 1995, Fazel 2008, Fournier 2003), de troubles liés à l'utilisation de substances (Beijer 2010, Caton 1994, Caton 1995, Fazel 2008, Folsom 2005, Fournier 2003, Odell 2000, Olfson 1999, Tulloch 2012) et d'avoir vécu des traumatismes dans l'enfance (Fournier 2003, Gaetz 2016, Martijn 2006, Thompson 2012)).

Troubles affectifs

Une étude canadienne note une prévalence à vie des troubles affectifs de 36% chez les itinérants (vs 16% chez les non itinérants), et ce chiffre s'élève à 50% chez les jeunes (18-29 ans) (Fournier 2001).

Troubles cognitifs

Une revue systématique rapporte qu'entre 4 à 7% des personnes itinérantes présentent des troubles cognitifs globaux, affectant notamment l'attention, la mémoire visuelle, la vitesse de traitement de l'information et les fonctions exécutives (Burra 2009). Chez les jeunes itinérants, 50% ont passé des examens de dépistage d'une difficulté d'apprentissage (alors que 3% des jeunes de la population générale ont un trouble d'apprentissage) (Gaetz 2016).

Trouble de personnalité

Plusieurs études ont documenté que les troubles de personnalité étaient liés à l'itinérance, tant chez des individus avec TMS (Caton 1994, Caton 1995, North 1998) ainsi que chez des adultes, sans égard à la présence d'un trouble de santé mentale (Fazel 2008, Fournier 2001). Notamment, chez les individus itinérants atteints de schizophrénie, on observe davantage de trouble de personnalité antisociale, tant chez les hommes (42% chez les itinérants vs 9 % chez les non-itinérants) (Caton 1994), que les femmes (Caton 1995).

Troubles liés aux substances

De façon très consistante, les troubles liés à l'utilisation de substances (TLUS) sont plus fréquents chez les itinérants, avec et sans autres troubles mentaux. Selon une méta-analyse récente, chez les personnes itinérantes, les prévalences des troubles liés à l'alcool et aux drogues seraient respectivement de 37% et de 24% (Fazel 2008). Chez les jeunes itinérants, de 40 à 71% présenteraient un TLUS (Johnson 2008, Gaetz 2013).

Il existerait un lien bidirectionnel entre le TLUS et l'itinérance (Johnson 2008, Martijn 2006). Une étude rapporte que 43% des itinérants présentent un TLUS, un tiers le présentait avant l'itinérance alors que les deux tiers l'avait développé conséquemment à l'itinérance. Les adolescents (18 ans et moins) étaient encore plus à risque : 60% des jeunes (versus 14% des adultes) développaient un TLUS secondairement à l'itinérance (Johnson 2008). Des résultats similaires sont rapportés chez des adolescents et jeunes adultes (entre 14 et 25 ans), stipulant que les TLUS augmentaient suite à l'itinérance, passant de 42 à 70% (Martijn 2006). Un plus grand nombre de substances consommées est associé à un risque accru souffrir d'un trouble de santé mentale (Gaetz 2013) et un TLUS est associée à une augmentation de la mortalité chez la population itinérante, sans égard à la présence ou nature du diagnostic de santé mentale (Beijer 2011).

La psychose et les TLUS sont aussi fortement associés, d'autant plus chez les PEP (Lambert 2005, Lybrand 2009, Westermeyer 2006, Abdel-Baki 2017). Ainsi, 25-40% des adultes avec schizophrénie présentent un TLUS (Westermeyer 2006), tandis que la prévalence à vie serait de l'ordre de 70-80%. Chez les PEP, la prévalence de TLUS à l'admission serait autour de 60% (Lambert 2005, Abdel-Baki 2017) et la prévalence à vie s'élevait à 74% (Lambert 2005).

Chez les sujets atteints de psychose, les TLUS sont associés à l'itinérance (Abdel-Baki 2017, Caton 1994, Caton 1995, Cougnard 2006, Folsom 2005, Odell 2000). En effet, le taux de TLUS s'élève à 70% chez les sujets atteints de schizophrénie en situation d'itinérance (Lybrand 2009). Il importe de mentionner qu'un TLUS peut exacerber les symptômes psychotiques et être associé à un pronostic moins favorable, d'autant plus si ce TLUS persiste (Abdel-Baki 2017, Alvarez-Jimenez 2012, Díaz-Caneja 2015, Lambert 2005).

Comorbidités

Les personnes en situation d'itinérance présenteraient plus souvent une constellation de troubles de santé mentale, par exemple une double ou triple problématique de façon concomitante. À Montréal, 51% des adultes itinérants présentent une double problématique d'un diagnostic à l'axe 1 compliqué d'un TLUS (vs 29% de la population générale) alors que 26% présentent une triple problématique d'un diagnostic à l'axe 1 associé à un TLUS et à un trouble de personnalité (vs 7% de la population générale) (Fournier 2001).

Les jeunes itinérants seraient encore plus à risque de souffrir de troubles de santé mentale co-existants (comorbidités). Effectivement, entre 34-60% des jeunes itinérants présentent au moins un trouble de santé mentale compliqué d'un TLUS. Un dysfonctionnement familial, l'utilisation de substances comme mécanisme de *coping*, la victimisation, la criminalité et des comportements sexuels à risque sont associés à la présence de ces comorbidités (Gaetz 2013).

2.3.4 Facteurs prédisposant à l'itinérance

Chez les individus avec TMS, certains facteurs prédisposant à l'itinérance et présents antérieurement à l'itinérance ont été identifiés, notamment de ne pas avoir d'assurance médicale (Folsom 2005), de souffrir de psychose (Cognard 2006, Folsom 2005, North 1998), de trouble bipolaire (Folsom 2005) et de trouble lié à l'alcool ou aux drogues (Caton 1994, Folsom 2005, North 1998, Tulloch 2011), d'avoir vécu de l'adversité dans l'enfance (Caton 1994, North 1998) et une absence de contact avec la figure d'attachement de l'enfance (Odell 2000). L'étude d'Odell soutient d'ailleurs que bien que certaines difficultés de l'enfance soient davantage présentes chez les individus itinérants avec TMS (vs les individus TMS non itinérants), le seul facteur social demeurant significatif dans le modèle final est l'absence de contact avec la figure d'attachement de l'enfance, ce qui amène des lacunes dans le support social à l'âge adulte.

Enfin, des facteurs de risque similaires ont été identifiés chez des adultes itinérants (sans égard à la présence de TMS), notamment de la négligence et des abus physiques dans l'enfance. Cependant, les abus sexuels dans l'enfance n'augmentaient pas significativement le risque de vivre de l'itinérance (Herman 1997).

2.4 Morbidité et mortalité

L'itinérance mine la qualité de vie et est associée à des risques accrus de morbidité et mortalité. Elle a d'ailleurs été décrite comme facteur indépendant de risque de mortalité (Morrison 2009). La mortalité est plus élevée chez les itinérants par rapport à la population générale domiciliée, avec des risques relatifs se situant généralement entre 3 et 4, sans égard à la présence et nature de diagnostic de santé mentale (Babidge 2001, Beijer 2011, Cheung 2004, Fichter 2005, Hwang 2000, Nordentoft 2003, Roy 2004) ainsi que chez les adultes itinérants atteints de schizophrénie (Babidge 2001, Bickley 2006). Alors que les jeunes femmes de la population générale ont un taux de mortalité moindre que celui des hommes du même âge, les jeunes femmes itinérantes (18-44 ans) représentent le sous-groupe dont le taux de mortalité standardisé est le plus élevé, allant de 4.6 à 31.2 (Cheung 2004).

À Montréal, le taux de mortalité des jeunes de la rue (sans égard au diagnostic de santé mentale) a été jusqu'à 11.4 fois supérieur à celui des jeunes domiciliés, expliqué quasi essentiellement par le suicide et les surdoses de drogues (13 suicides, 8 surdoses et 1 décès

sans cause identifiée, sur 26 décès) (Roy 2004). Cependant, suite à la mise sur pied de nouveaux services d'urgence destinés aux itinérants et aux jeunes de la rue, les résultats d'une seconde cohorte de jeunes de la rue démontrent que le taux de mortalité standardisé a connu une baisse significative à 3,8 (Roy 2010). L'itinérance est aussi un facteur de risque pour le suicide (Nordentoft 2003, Nordentoft 2007). Chez les jeunes itinérants, 27 à 46% rapportent avoir fait au moins une tentative de suicide (Gaetz 2013).

Le suicide est aussi la complication la plus grave de la psychose et les cliniques spécialisées en intervention précoce auprès des PEP en visent la réduction. Par rapport à la population générale, le risque de suicide est accru chez les personnes souffrants de psychose, de l'ordre d'environ 6% à vie, et il est encore plus élevé chez les PEP, environ le double dans la première année de la maladie (Nordentoft 2015). Plusieurs facteurs de risque pour le suicide chez les sujets avec PEP ont été identifiés, notamment un jeune âge, des symptômes dépressifs et négatifs, l'isolement social, la consommation d'alcool et de drogues et un meilleur insight par rapport à la maladie (Challis 2013).

2.5 Évolution de jeunes adultes avec PEP avec vécu d'itinérance

Aucune étude ne porte sur l'évolution fonctionnelle ou symptomatique de jeunes présentant un PEP et de l'itinérance.

2.6 Services offerts aux jeunes PEP

Il a été démontré dans la littérature que le pronostic des troubles psychotiques pouvait être amélioré par des interventions précoces, les premières années de la maladie constituant une période critique pour en éviter la détérioration ou chronicisation (Birchwood 1998). D'ailleurs, l'un des facteurs prédisant de façon robuste l'évolution à long-terme (25 ans après un PEP) serait le pourcentage de temps passé avec des symptômes psychotiques au cours des 2 premières années de la maladie (Harrison 2001).

Ainsi, des cliniques spécialisées se sont développées pour répondre aux besoins des jeunes adultes développant un PEP. Les lignes directrices canadiennes (CPA 2005) recommandent l'instauration de cliniques d'intervention précoce, lesquelles se distinguent par un suivi intensif, impliquant un intervenant pivot, prodiguant des traitements intégrés, avec un traitement antipsychotique, de la psychoéducation, une prise en charge psychosociale, des interventions familiales, et adressant les troubles comorbides, par exemple la toxicomanie. Les traitements offerts par ces cliniques ont d'ailleurs été associés à des améliorations, tant sur le plan de la symptomatologie psychotique positive et négative, sur l'abus de substances, sur le fonctionnement global, incluant l'autonomie en hébergement, que sur l'utilisation des services (Bertelsen 2008, Craig 2004, Henry 2010, Malla 2010).

2.7 Services en santé mentale chez les individus itinérants avec TMS

Aucune étude (qu'elle soit descriptive ou comparative) portant sur les services offerts aux jeunes adultes souffrant d'un PEP avec vécu d'itinérance n'a été identifiée. Dans ce contexte, nos recherches ont été étendues aux individus souffrant de troubles mentaux sévères (TMS) avec vécu d'itinérance et aux jeunes itinérants (sans égard au diagnostic de santé mentale).

L'utilisation des services en santé mentale des populations itinérantes est caractérisée par une moins grande utilisation des services externes ambulatoires avec davantage d'utilisation de services d'hospitalisation et d'urgence (Folsom 2005), une sous utilisation globale des services (Bonin 2007, Fichter 2005, Gaetz 2013), une non adhésion plus fréquente aux traitements (Bickley 2006, Opler 1994), un désengagement, autant de la part du patient que de l'équipe soignante, avec une moins grande probabilité d'avoir un intervenant principal attribué et une moins bonne organisation de suivi en clinique externe au congé de l'hospitalisation (Bickley 2006).

De plus, la planification du congé psychiatrique est plus souvent inadéquate chez les personnes itinérantes avec triple problématique de schizophrénie, de TLUS et de trouble de personnalité, comparativement à celles qui n'ont qu'une ou deux de ces problématiques (Caton 1995). Rappelons qu'à Montréal, 26% des itinérants présentent cette triple problématique (Fournier 2001).

Le fait de ne pas avoir vu de psychiatre dans le dernier mois serait un facteur prédisant une période d'itinérance prolongée chez des gens avec problématique de santé mentale (Patterson 2012), tandis qu'un suivi en santé mentale suite au congé augmente les chances d'être à nouveau domicilié (Tulloch 2012). Enfin, les jeunes itinérants font une plus grande utilisation des services en santé physique mais une sous-utilisation des services sociaux, en toxicomanie et en santé mentale (Gaetz 2013).

Depuis le début des années 1970, les équipes de suivi intensif dans le milieu (SIM) (ou « Assertive Community Treatment » (ACT)) offrent du support et de la réadaptation aux individus aux prises avec des TMS, visant à les accompagner vers le rétablissement et l'intégration dans la communauté. Ce traitement s'adresse plus spécifiquement à ceux dont les besoins sont complexes et ayant des difficultés d'adhésion aux interventions thérapeutiques classiques. Les études démontrent que ce traitement entraîne une diminution des hospitalisations et parfois une amélioration de la symptomatologie (Rosenheck 2001).

Deux méta-analyses récentes notent des effets bénéfiques des SIM chez les individus itinérants avec TMS. Une première méta-analyse portant sur 10 études comparant l'efficacité des équipes SIM par rapport au suivi psychiatrique habituel (avec intervenant pivot seulement) auprès des individus itinérants avec TMS, rapporte une diminution de l'itinérance de 37% et de la symptomatologie psychiatrique de 26% avec les équipes SIM (Coldwell 2007).

Une seconde méta-analyse, portant sur 16 études évaluant les interventions auprès d'individus itinérants avec TMS, conclue que les programmes offrant de meilleurs résultats (tant sur la stabilisation résidentielle, le nombre d'hospitalisations et la qualité de vie) sont ceux avec une combinaison de support permanent à l'hébergement associé à un suivi par une équipe offrant un traitement communautaire intensif (ACT) avec un intervenant pivot (Nelson 2007).

2.8 Contexte de l'étude actuelle

Au tournant des années 1960, au Québec, s'est amorcée la période de la désinstitutionnalisation. Dès lors, on assiste à une fermeture massive de lits au sein des hôpitaux psychiatriques. L'un des buts visés était de permettre davantage d'autonomie aux personnes souffrant de troubles de santé mentale. Cependant, pour une certaine partie de ces individus, les services externes alors en place ne suffisaient pas à combler adéquatement leurs besoins et, conséquemment, l'itinérance et de la judiciarisation augmentent (Doré 1987). Par la suite, le réseau communautaire s'est graduellement développé et organisé afin de supporter les personnes en situation de précarité. À Montréal, ils sont désormais regroupés sous l'acronyme RAPSIM (Réseau d'aide aux personnes seules et itinérantes de Montréal). Ces organismes jouent un rôle central, adressant quotidiennement les besoins primaires (hébergement, alimentation, vêtements) et offrant de l'accompagnement dans l'accès aux services médicaux et sociaux, ainsi que vers une réinsertion sociale et professionnelle.

Le Centre Sud de Montréal, territoire du centre-ville desservi par le Centre Hospitalier Universitaire de Montréal (CHUM), connaît une plus forte concentration de personnes en situation de précarité et d'itinérance, ainsi que des ressources qui leur sont destinées (Fournier 2001). Aussi, 5 fois plus de jeunes adultes traités pour un PEP avaient été itinérants dans la cohorte de la clinique spécialisée du CHUM par rapport à celle de l'Institut Universitaire en Santé Mentale de Montréal (IUSM) situé dans l'est de la ville, quartier excentré plutôt résidentiel (Ouellet-Plamondon 2011).

La présente étude, faisant l'objet de ce mémoire, a été menée au sein d'une clinique spécialisée en intervention précoce, la clinique JAP du CHUM, qui offre des traitements auprès de jeunes adultes ayant connu un PEP. La Clinique JAP, fondée en 1999, se situe au centre-ville et dessert une population d'environ 225 000 habitants. Tel que recommandé par les lignes directrices canadiennes (CPA 2005, Early Psychosis Guidelines Writing Group 2010), les principes de prise en charge préconisent l'utilisation de traitements psychosociaux, offert par une équipe interdisciplinaire spécialisée auprès des jeunes adultes psychotiques et visant leur réadaptation et réintégration dans un rôle social, combinant un suivi individuel intensif par un psychiatre et un autre professionnel en santé mentale (intervenant pivot), appuyé par un programme de thérapies de groupe, d'interventions auprès de la famille et de traitements intégrés adressant les comorbidités, offert par la même équipe tout au long du suivi de 5 ans.

2.9 Pertinence de l'étude

La recension des écrits concernant les jeunes adultes avec psychose émergente vivant de l'itinérance a mis en lumière, d'une part, l'absence d'étude longitudinale décrivant l'évolution de ces jeunes et, d'autre part, l'importance de la problématique de l'itinérance chez les adultes souffrant de troubles sévères de santé mentale, ainsi que des conséquences associées. Cette recension a aussi souligné l'importance d'offrir des traitements optimaux aux jeunes adultes suite à un PEP, surtout dans les premières années de la maladie, afin de s'assurer qu'ils connaissent la meilleure évolution possible, tant sur le plan fonctionnel que clinique.

Par ailleurs, certains facteurs associés à l'itinérance sont aussi associés à une évolution moins favorable chez les jeunes avec psychose émergente (par exemple : toxicomanie, trouble d'adhésion au traitement). Il nous semble donc impératif d'adresser la problématique de l'itinérance chez les jeunes avec psychose émergente en étudiant leurs caractéristiques fonctionnelles et symptomatiques, et ce, afin de cerner leurs besoins particuliers et d'adapter les interventions futures en conséquence.

2.10 Objectifs et hypothèses

2.10.1 Objectifs

1. Décrire la prévalence, la durée et l'évolution sur 2 ans de l'itinérance chez les jeunes adultes avec un PEP suivis dans une clinique d'intervention précoce (CIP) à Montréal.
2. Comparer les jeunes adultes souffrant d'un PEP avec histoire d'itinérance (avant l'admission et/ou dans la première année de suivi) avec leurs homologues sans histoire d'itinérance sur la base de leurs caractéristiques socio-démographiques, cliniques et fonctionnelles, des traitements et de l'utilisation des services, et ce à l'admission, à 1 an et à 2 ans.

2.10.2 Hypothèses

1. Basé sur la littérature disponible (Harrison 1994, Ouellet-Plamondon 2015, Petersen 2005), il est supposé qu'entre 10 et 20 % des jeunes avec PEP auront été itinérants avant l'admission, environ 5% à l'admission, et qu'entre 5 et 15% vivront de l'itinérance au cours des deux années de suivi. Il est possible que les pourcentages soient légèrement plus élevés que ceux rapportés dans la littérature car que nous utiliserons une définition de l'itinérance plus inclusive.
2. À l'admission, les jeunes adultes avec un PEP et ayant une histoire d'itinérance, comparativement à ceux sans histoire d'itinérance, devraient présenter les caractéristiques

suivantes : un fonctionnement pré-morbide plus faible avant l'admission, un trouble psychotique plus sévère, davantage de comorbidités (toxicomanie, trouble de personnalité), une moins bonne qualité de vie et davantage de problèmes judiciaires (Caton 2005, Folsom 2005, Harrison 1994, Herman 1998, Odell 2000, Petersen 2005).

À 2 ans de suivi, les jeunes PEP avec histoire d'itinérance devraient avoir connu une amélioration de leurs symptômes et de leur fonctionnement avec les traitements offerts. Cependant, comparativement aux jeunes PEP sans histoire d'itinérance, ils seront probablement moins fidèles aux traitements offerts (Bickley 2006, Opler 1994), présenteront davantage de TLU (Abdel-Baki 2017) et devraient connaître une moins bonne évolution clinique et fonctionnelle, et possiblement un taux de mortalité plus élevé (particulièrement chez ceux présentant des troubles de toxicomanie) (Díaz-Caneja 2015, Nordentoft 2015).

3. Méthodologie

3.1 Devis d'étude

Afin de répondre aux objectifs de recherche, une étude longitudinale prospective descriptive et comparative, décrivant l'évolution à 2 ans de jeunes adultes ayant connu un PEP, admis consécutivement à la clinique JAP entre octobre 2005 le 1er avril 2011, a été conduite. Les jeunes ayant vécu de l'itinérance (avant l'admission à la clinique, à l'admission et au cours de la première année de suivi) seront comparés aux jeunes n'ayant pas vécu d'itinérance.

Ce projet de recherche s'inscrit dans une étude prospective longitudinale d'envergure *l'Étude de suivi des psychoses émergentes de l'Université de Montréal (ÉSPÉUM)* (Nicole 2007), implantée depuis octobre 2005, dans le but de décrire l'évolution des troubles psychotiques et de déterminer les facteurs prédictifs de cette évolution. Plus précisément, les objectifs de cette étude d'envergure étaient de décrire les jeunes adultes admis à la clinique JAP au moment de leur admission, de décrire leur évolution symptomatique, sociale et fonctionnelle de façon annuelle pendant 3 ans et de déterminer les facteurs prédictifs de l'évolution symptomatique et fonctionnelle.

Concernant ma contribution personnelle, j'ai effectué la revue de littérature sur l'itinérance chez les PEP, dressé un protocole de recherche pour répondre aux questions, contribué à poursuivre le recrutement, identifié les données supplémentaires à collecter (sur l'itinérance et les traumatismes dans l'enfance), rédigé une demande au Comité d'Éthique concernant la

collecte de ces données supplémentaires, contribué à la collecte de données supplémentaires (avec l'aide de l'assistant de recherche et d'étudiants en médecine) et finalement analysé les résultats.

3.1.1 Justification du choix du devis

Les études longitudinales permettent de décrire l'apparition et la fréquence de certains phénomènes au sein de cohorte se voulant quasi représentative, d'analyser les changements de certains facteurs et leur temporalité, d'étudier les associations entre ces différents facteurs, et parfois de prédire la survenue d'un phénomène donné par certains facteurs. Bien qu'il soit coûteux et souffre de la perte de sujets (attrition) au fil du suivi, ce devis est nécessaire dans le contexte actuel afin de dresser un portrait représentatif des jeunes PEP connaissant des épisodes d'itinérance, décrivant leurs caractéristiques socio-démographiques, cliniques et fonctionnelles et l'évolution de celles-ci sur deux ans, et ce en les comparant aux jeunes PEP sans épisode d'itinérance.

3.2 Population étudiée

3.2.1 Critères d'inclusion et d'exclusion

La cohorte étudiée est composée de tous les sujets répondant aux critères d'admission de la Clinique JAP. Les sujets inclus dans cette étude sont des jeunes atteints d'une psychose primaire, c'est à dire d'un trouble psychotique qui n'est pas exclusivement secondaire à une cause médicale ou à une substance. Ainsi, les psychoses toxiques ou secondaires sont exclues,

étant donné qu'elles constituent un groupe de pathologies davantage hétérogènes, ayant des évolutions variables selon la nature de la cause sous-jacente.

Critères d'inclusion :

- diagnostic principal de trouble psychotique (affectif ou non), non traité ou traité depuis moins de 12 mois,
- âge entre 18 et 30 ans
- connaissance suffisante du français ou de l'anglais

Critères d'exclusion :

- diagnostic principal autre qu'un trouble psychotique primaire (ex: trouble psychotique induit par une substance)
- déficience intellectuelle
- incapacité à comprendre et s'exprimer en français ou anglais

3.2.2 Recrutement

Dans un premier temps, tout patient référé à la clinique est évalué par une équipe multidisciplinaire (incluant au moins un psychiatre et un autre professionnel de la santé mentale (infirmier, travailleur social, ergothérapeute) afin de compléter l'évaluation initiale et de s'assurer que les critères d'admission soient remplis.

Dans un deuxième temps et dès que le sujet présente un état mental le rendant apte à consentir, c'est-à-dire à prendre des décisions libres et éclairées, celui-ci est rencontré par l'assistant de recherche qui lui offre la participation à l'étude, lui expliquant en quoi consiste l'étude, tout en s'assurant que les critères d'inclusion et d'exclusion soient remplis.

Afin de s'assurer que l'échantillon à l'étude représente de toute la cohorte, une permission a été octroyée par la direction des services professionnels et par le comité d'éthique en recherche du CHUM et permet d'effectuer une collecte de données dénominalisées par revue des dossiers des patients ayant refusé de participer à l'étude et ceux n'ayant pu être recrutés (par exemple perdus au suivi précocement).

Les soins psychiatriques étant sectorisés et tous les patients admis à la clinique JAP étant inclus dans cette étude de cohorte, nous estimons que le présent échantillon est représentatif de la majorité des jeunes atteints d'un PEP du secteur du Centre Sud de la ville de Montréal. Seulement une très faible proportion des jeunes atteints d'un PEP ne seront jamais détectés ni suivis (Abdel-Baki 2011). En effet, les troubles psychotiques sont des troubles mentaux sévères qui génèrent des conséquences généralement peu compatibles avec une absence de contact avec la psychiatrie. Ainsi, les individus atteints d'un PEP n'étant jamais hospitalisés sont probablement moins malades (Geddes 1995). Cependant, il a été rapporté que les individus schizophrènes jamais hospitalisés et ceux hospitalisés présentaient une évolution similaire, quoi qu'hétérogène (Geddes 1995).

3.3 Considérations éthiques

L'étude qui fait l'objet du présent mémoire a été entérinée par les Comités scientifique et d'éthique de la recherche du Centre de recherche du CHUM. Le consentement écrit des participants approchés et ayant consenti à participer à la recherche a été obtenu. Les participants étaient encouragés à poser autant de questions que nécessaire sur leur participation à la recherche. Une emphase particulière est mise sur la vulgarisation du protocole de recherche étant donné que certains jeunes présentent certaines difficultés cognitives inhérentes à la psychose. Enfin, par souci de protéger la confidentialité des participants, aucun renseignement personnel n'est associé à des informations nominatives et chacun des participants s'est vu octroyé un numéro d'identification. Bien que les résultats de cette étude sont publiés, ils ne portent en aucun cas sur un participant particulier mais reflètent ceux de l'ensemble de la cohorte.

Afin de s'assurer que l'échantillon soit le plus représentatif de la cohorte, une permission a été octroyée par la direction des services professionnels et par le comité d'éthique en recherche du CHUM et permet d'effectuer une collecte de données dénominalisées sur les dossiers des patients ayant refusé de participer à l'étude et ceux n'ayant pu être recrutés (par exemple perdus au suivi précocement).

3.4 Collecte des données

3.4.1 Sources

Les données ont été recueillies lors d'entrevues annuelles menées par l'assistant de recherche auprès des jeunes ayant accepté de participer aux entrevues. Pour ces derniers et tous les autres jeunes de la cohorte, une revue des dossiers médicaux (papiers et électroniques, incluant les notes d'observation des médecins et autres professionnels impliqués, les prescriptions médicales, les résultats de laboratoires dont les dosages de drogues, d'alcool et de certains médicaments) et des discussions auprès des professionnels en santé mentale impliqués (dont le *case manager* qui est l'intervenant principal, les travailleurs sociaux, infirmières, ergothérapeutes) et psychiatre(s) traitant(s) de la clinique JAP, ont permis de compléter une partie des données incomplètes. Les données ainsi collectées par l'assistant de recherche sont les données socio-démographiques, dont l'autonomie en l'hébergement (type d'hébergement et les périodes d'itinérance), les données relatives aux traitements octroyés et l'utilisation des services.

Les diagnostics (basés sur le DSM-IV-TR 2000) de trouble psychiatrique principal à l'axe 1, du trouble d'utilisation d'une substance et de traits ou trouble de personnalité du cluster B ont été établis par deux cliniciens chercheurs (soit deux psychiatres ou un psychiatre et un résident sénior en psychiatrie), et ce basé sur la méthode du meilleur estimé (Roy 1997), considérant toutes les sources d'informations disponibles (informations recueillies auprès du patient, de sa famille, de ses proches et des intervenants). Chacun des cliniciens chercheurs notait le

diagnostic de façon indépendante, et ce dans le but d'arriver à un consensus sur le diagnostic. Advenant un doute ou désaccord, un comité de trois psychiatres étudiait le dossier afin de déterminer le diagnostic, aussi selon la méthode du meilleur estimé, en discutant de chacun des critères diagnostiques. Les diagnostics n'étaient en aucun cas basés sur les diagnostics antérieurs posés par les cliniciens traitants.

Ainsi, les données diagnostiques suivantes ont été complétées annuellement, considérant toutes les sources d'informations disponibles, et ce par deux cliniciens chercheurs, soit deux psychiatres ou un psychiatre et un résident sénior en psychiatrie :

- diagnostic psychiatrique principal à l'axe 1 (selon le DSM-IV-TR),
- présence d'un TLU (selon le DSM-IV-TR),
- traits ou trouble de personnalité du cluster B (selon le DSM-IV-TR)

De la même façon, les échelles suivantes ont été complétées annuellement, considérant toutes les sources d'informations disponibles, et ce par deux cliniciens chercheurs, soit deux psychiatres ou un psychiatre et un résident sénior en psychiatrie :

- sévérité de la maladie selon *Clinical Global Impression – Severity* (CGI-S) (Guy 1976),
- sévérité d'un TLU selon les échelles *Alcohol Use Scale* (AUS) et *Drug Use Scale* (DUS) (Mueser1996),
- fonctionnement global selon l'échelle *Global Assessment of Functioning* (GAF) (DSM-IV-TR),

fonctionnement socio-occupationnel selon l'échelle *Social and Occupational Functioning Assessment Scale* (SOFAS) (DSM-IV-TR).

Afin d'estimer l'état pré-morbide à l'âge adulte, avant le début de la maladie, et à défaut d'avoir une échelle spécifiquement conçue pour cette mesure, cette étude estimera le meilleur niveau de fonctionnement atteint (« meilleur à vie ») (avec le GAF et le SOFAS) ainsi que le niveau le plus bas de psychopathologie (avec le CGI-S).

- GAF meilleur à vie
- SOFAS meilleur à vie
- CGI-S meilleur à vie

La passation de ces trois échelles a été conduite lors de l'entrevue annuelle par l'assistant de recherche :

- *Positive and Negative Syndrome Scale* (PANSS) (Kay 1987)
- *Quality of Life Scale* (QLS) (Heinrichs 1984)
- *Calgary Depression Scale* (CDS) (Addington 1992, Lançon 1999).

Nous vous référons à la section 3.4.3 pour une description détaillée de chacune des échelles.

3.4.2 Descriptions des données

3.4.2.1 Description de l'itinérance

Les épisodes d'itinérance seront détaillés à partir de toutes les sources d'informations disponibles (informations recueillies auprès du patient, de sa famille, de ses proches et des intervenants). Les détails suivants relatifs à l'itinérance seront notés : durée de chaque épisode d'itinérance et nombre d'épisode(s) d'itinérance. Ces détails permettront de quantifier l'itinérance et possiblement permettre une analyse plus nuancée.

Situation d'itinérance : « personne étant dépourvue d'adresse fixe, de logement stable, sécuritaire et salubre, et ce pendant une nuit ou plus » (basé sur la définition émise par le gouvernement canadien (Gaetz 2012)).

Fin de l'itinérance : période minimale d'un mois durant laquelle la personne possède un hébergement stable, sécuritaire et salubre (basé sur la définition émise par le gouvernement canadien (Gaetz 2012)).

Catégories basées sur la durée de l'itinérance

Afin d'estimer la durée de l'itinérance (avant l'admission et par année) dans le contexte où il n'a pas été possible de collecter cette variable de façon exacte et fiable vu les méthodes de collecte de données et le caractère rétrospectif cette variable (ex. la durée de l'itinérance avant l'admission), vu l'impossibilité de simplement mesurer le nombre exact de jours, et en

l'absence d'échelles, de balises claires ou de consensus dans la littérature, des catégories ont été élaborées. Elles ont été basées sur les durées d'itinérance attendues au sein de la cohorte et inspirées par les catégories utilisées dans une étude portant sur la description de l'itinérance chez des patients âgés entre 15 et 60 ans (âge moyen de 28 ans), souffrant d'un trouble psychotique (autre qu'une psychose toxique) et hospitalisés pour une première fois (Herman 1998).

Ainsi, tenant compte de la précision des données disponibles, les durées totales d'itinérance à vie ont été collectées selon les 5 catégories suivantes, et ce avant l'admission puis annuellement :

- moins d'un mois
- 1 à 3 mois
- 3 à 6 mois
- 6 à 12 mois
- plus de 12 mois

3.4.2.2 Données socio-démographiques

Ces données visent à décrire l'échantillon, notamment à partir de certains facteurs connus pour être associés à l'évolution chez les individus présentant un trouble psychotique. Ces variables à l'admission incluent l'âge, le genre, l'appartenance à une minorité visible, le statut d'immigration, le nombre d'années de scolarité, le statut marital, l'autonomie à l'hébergement,

le statut occupationnel (travail et/ou études), la source de revenus, le réseau social, les problèmes judiciaires et l'adversité dans l'enfance.

Autonomie à l'hébergement

L'autonomie à l'hébergement est cotée à l'aide d'une échelle adaptée à partir de l'échelle de Ciompi (1980). Pour les analyses de la présente étude, les catégories sont ensuite regroupées en quatre grandes catégories :

- Autonome (inclus les catégories : seul, en colocation, avec conjoint)
- Chez les parents ou d'autres membres de la famille
- Avec soutien (inclus les catégories appartement supervisé, foyer de groupe) ou en institution (centre de traitement pour la toxicomanie, hôpital, prison)
- Sans domicile fixe

Statut occupationnel

Les activités productives ont été documentées de la façon suivante. La présence d'un travail à temps plein ou partiel, d'études à temps plein ou partiel, de programme de réadaptation au travail ou aux études, de travail en milieu adapté, le fait d'être parent au foyer avec la charge de son enfant ou toute autre activité occupationnelle structurée (ex. bénévolat) ont été documentées à l'aide d'une échelle adaptée à partir de celle de Ciompi (Ciompi 1980). Vu le nombre très restreint de parents au foyer ayant la charge de leur enfant ou de jeunes faisant du

bénévolat ou une réadaptation pré-vocationnelle comme activité principale, ces catégories ont été fusionnées dans la catégorie occupation productive.

Ainsi le statut occupationnel a été catégorisé de la façon suivante.

Statut d'emploi :

- Emploi à temps plein ou partiel
- Sans emploi

Statut d'études :

- Études à temps plein ou partiel
- Sans études

Source de revenus

La source de revenu a été colligée selon les catégories suivantes :

- Autonome (provenant d'un travail, bourses d'étude, prestations d'invalidité ou d'assurance chômage)
- À la charge de la famille
- Aide de dernier recours (prestations du gouvernement du Québec)
- Absence de revenus

Les revenus d'emploi, même lorsqu'ils sont non déclarés, sont classés comme « autonome ».

Les revenus illicites (par exemple le trafic de drogues, le vol ou la prostitution) ou provenant de quête ne sont pas comptabilisés (classés dans la catégorie « absence de revenus »), représentant généralement une source de revenus marginale et peu significative.

Réseau social

Le réseau de support social est défini par la présence de relations intimes significatives et réciproques ainsi que la présence de personnes qui se soucient du sujet et sont en mesure de lui apporter un certain support. L'importance du réseau social a été estimée par la sommation des items de l'échelle *Quality of Life Scale* (QLS) (Heinrichs 1984) adressant la question (items 1, 2 et 5). Les scores varient de 0 (absence) et 6 (présence) et la cote minimale potentielle pour la sommation des items étant de 0 et la maximale de 18. Ci-dessus la description de ces 3 items.

Item 1 : présence de relations intimes significatives, basées sur le partage et le souci ('caring') réciproques, soit avec les membres de la famille immédiate ou soit avec la ou les personnes avec qui le sujet habite.

* Cependant, si le sujet habite seul et n'a aucune famille immédiate proche : l'item 1 n'est pas quantifiable et il est alors coté selon la moyenne des scores obtenus aux autres items (dans le cas présent, afin de mesurer le réseau social, selon les items 2 et 5), tel que suggéré dans cette échelle *Quality of Life Scale* (QLS) (Heinrichs 1984).

Item 2 : permet d'apprécier la présence de relations intimes significatives, basées sur le partage et le souci ('caring') réciproques, avec des gens à l'extérieur de la famille immédiate et à

l'extérieur des individus avec le(s)quel(s) le sujet habite, excluant les intervenants en santé mentale.

Item 5 : permet d'apprécier la présence de personnes qui s'intéressent au sujet, se soucient de son sort ou connaissent ses activités, excluant les intervenants en santé mentale.

Problèmes judiciaires

La présence de problèmes judiciaires (accusations ou condamnations) et les verdicts de non responsabilité criminelle pour cause de troubles mentaux suivis par le Tribunal administratif du Québec (TAQ) ont été questionnés lors de l'entrevue annuelle (pour les jeunes acceptant l'entrevue) et aussi collectés auprès du dossier et des intervenants impliqués.

Traumatismes de l'enfance

L'historique des traumatismes vécus à l'enfance et l'adolescence a été recueilli étant donné son association connue avec l'itinérance et la psychose. La collecte des données relatives aux traumatismes a été menée de façon rétrospective par une revue des dossiers (afin d'éviter de questionner un participant sur ces sujets délicats et possiblement bouleversant) si l'information était disponible au dossier. Ensuite l'information était complétée par des informations recueillies auprès du psychiatre ou de l'intervenant principal et finalement lors de l'entrevue annuelle avec l'assistant de recherche, lorsque le sujet était encore suivi à la clinique, apte à répondre et en mesure de tolérer ce questionnaire. Basé sur la littérature, l'utilisation d'une

collecte rétrospective des abus vécus dans l'enfance est justifiée et valide chez les individus avec troubles psychotiques (Fisher 2009).

Un questionnaire simplifié (voir annexe I) a été élaboré à partir du *Childhood Trauma Questionnaire* (CTQ) (Bernstein 2003) afin de documenter les 4 types d'abus suivants :

- Négligence
- Abus psychologique
- Abus physique
- Abus sexuel

De même, inspiré de l'étude AESOP (Morgan 2014), la présence des situations potentiellement traumatiques suivantes : intimidation, séparation/divorce des parents, séparations du jeune de sa ou ses figure(s) d'attachement et décès d'un parent/figure d'attachement ont été documentées.

3.4.2.3 Mortalité

Les cas de mortalité ont été documentés, ainsi que la cause, à partir des informations cliniques disponibles (informations recueillies auprès de la famille du patient, des proches et des

intervenants). Cependant, aucune vérification n'a été faite auprès de l'ISQ ni auprès du coroner dans la cadre de cette étude étant donné la lourdeur des démarches nécessaires auprès de la commission de l'accès à l'information, surtout dans le contexte où il ne s'agit pas d'un objectif principal.

3.4.2.4 Traitements et adhésion

Traitement pharmacologique

Le type d'antipsychotique(s), la dose d'antipsychotique, de même que la médication adjuvante ont été notés (ex. antidépresseurs, thymorégulateurs), tout comme la voie d'administration (PO, IM) et les autorisations de soins contre le gré par la cour (« ordonnances de soins »). La dose d'antipsychotique, en équivalent de chlorpromazine (mg), a aussi été calculée (Woods 2003).

Adhésion à la médication

L'adhésion à la médication prescrite a été estimée en combinant plusieurs sources d'information, tel que suggéré par un consensus d'expert (Velligan (2009), dont l'évaluation des membres de l'équipe traitante, les dires du patient et les informations collatérales, notamment des proches ainsi que les informations du dossier médical (laboratoires, notes d'infirmières, médecins, etc.). Elle est divisée en 3 catégories : nulle, partielle (entre 0 et 89% des traitements pris) ou bonne (90% des traitements pris). Sachant que les études antérieures rapportent que

l'adhésion au traitement est habituellement surestimée, afin d'être conservateur dans notre estimation, en cas d'informations contradictoires sur le niveau d'adhésion au traitement, l'adhésion la plus faible sera considéré comme exacte.

3.4.2.5 Utilisation des services

Le nombre et la durée des hospitalisations ainsi que le nombre de consultations à l'urgence ont été notés.

3.4.3 Description des échelles

Toutes les échelles utilisées dans la présente étude seront décrites dans cette section. De plus, nous vous référons à l'appendice I où vous trouverez une copie de ces échelles.

- *Global Assessment of Functioning (GAF) (DSM-IV-TR),*
- *Social and Occupational Functioning Assessment Scale (SOFAS) (DSM-IV-TR),*
- *Quality of Life Scale (QLS) (Heinrichs 1984),*
- *Clinical Global Impression – Severity (CGI-S) (Guy 1976),*
- *Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS) (Kay 1987)*
- *Calgary Depression Scale (CDS) (Addington 1992, Lançon 1999)*
- *Alcohol Use Scale (AUS) et Drug Use Scale (DUS) (Mueser1996)*

Fonctionnement global

Le fonctionnement global sera apprécié par l'échelle GAF (*Global Assessment of Functioning scale*) qui donne une indication globale du fonctionnement social, familial, occupationnel et de la sévérité de la psychopathologie du patient (DSM-IV-TR). Cette échelle est notée de 0 à 100 et le score est octroyé selon la dimension la plus atteinte. Par exemple, un individu ayant des symptômes psychotiques n'influençant pas son comportement, par exemple des hallucinations auditives occasionnelles (amenant un score entre 31 et 40 pour la sphère de la psychopathologie), mais fonctionnant de façon pourtant modérée au niveau socio-professionnel, ayant par exemple un emploi, malgré certains conflits avec ses collègues et quelques amitiés (amenant un score entre 51 et 60 pour les sphères socio-occupationnelles), obtiendrait un score global au GAF entre 31 et 40. Enfin, il est précisé qu'on ne doit pas inclure les altérations fonctionnelles induites par des limitations physiques, environnementales ou découlant de manque d'opportunités (DSM-IV-TR). L'erreur type s'étend de 5 à 8 points et la fiabilité inter-juges de 0.61 à 0.91 (Endicott 1976). Elle est habituellement cotée sur la dernière semaine, mais elle est cotée sur le dernier mois dans la présente étude afin de mieux refléter le fonctionnement d'un façon plus stable.

Fonctionnement socio-occupationnel

L'échelle SOFAS (the Social and Occupational Functioning Assessment Scale) évalue exclusivement le niveau de fonctionnement social, familial et occupationnel, sans être influencée par la sévérité de la psychopathologie. À l'instar du GAF, elle est notée de 0 à 100 et

reflètera le niveau de fonctionnement du dernier mois dans la présente étude. Par exemple, le même individu ayant des symptômes psychotiques n'influençant pas son comportement et fonctionnant de façon pourtant modérée au niveau socio-professionnel, ayant par exemple un emploi, malgré certains conflits avec ses collègues et quelques amitiés, obtiendrait un score global au SOFAS entre 51 et 60 (alors qu'au GAF, son score se situerait entre 31 et 40). Enfin, il est précisé que limitations doivent découler directement d'un problème de santé physique ou psychologique mais ne doivent pas être induites par des facteurs environnementaux ou découler d'un manque d'opportunités (DSM-IV-TR).

Qualité de vie

L'échelle QLS (*Quality of Life Scale*) (Heinrichs 1984) est remplie à partir d'une entrevue d'environ 45 minutes, menée avec un questionnaire semi-structuré incluant 21 items, chacun coté sur une échelle de 0 (absence) à 6 (présence), et mesurant le syndrome déficitaire lié à la schizophrénie et ses conséquences à partir de différents aspects, notamment les relations interpersonnelles, les activités sociales et le travail dans les 4 semaines précédentes (Heinrichs 1984). Les sous-sections peuvent être utilisées indépendamment. La fiabilité inter-juges globale est de 0.88 (Heinrichs 1984).

Sévérité de la maladie

La première partie (sévérité) de l'échelle CGI (*Clinical Global Impression Scale*) permet au clinicien de coter la sévérité de la maladie à un moment précis, et ce en considérant toute son expérience clinique avec cette population particulière de patients (Guy 1976). Elle a été développé dans le contexte d'études cliniques mais a été couramment utilisée dans les trente dernières années, en clinique et en recherche. Une cote est octroyée selon le niveau de symptômes subjectifs et objectifs, le comportement et le fonctionnement, habituellement cotée sur la semaine précédente, mais cotée sur le dernier mois dans la présente étude. Cette cote est attribuée selon une échelle de 1 (normal) à 7 (parmi les plus extrêmement malades) (Busner 2007, Guy 1976). Cette échelle est considérée comme étant un instrument valide et fiable pour évaluer la sévérité et l'évolution de la psychose, appropriée notamment dans les études observationnelles (Haro 2003).

Symptomatologie de la maladie psychotique

La symptomatologie sera évaluée par l'échelle PANSS (*Positive and Negative Syndrome Scale*) (Kay 1987), administrée par le biais d'une entrevue clinique d'une durée d'environ 45 minutes et permet une meilleure discrimination des différents symptômes. Elle a été validée chez des populations présentant divers troubles psychotiques, majoritairement la schizophrénie (Burlingame 2005, Hermes 2012, Kay 1988). Elle est divisée en 3 sections : les symptômes positifs (7 items), les symptômes négatifs (7 items) et les symptômes généraux (16 items), chaque item coté sur une échelle de 1 (absent) à 7, donnant un score total situé entre 30 à 210.

Symptomatologie dépressive

L'échelle CDS (*Calgary Depression Scale for Schizophrenia*), administrée par une entrevue semi-structurée, est un questionnaire comprenant neuf items, chacun coté sur une échelle de 0 à 3, qui permet l'évaluation de la symptomatologie dépressive chez des patients schizophrènes, en les différenciant des symptômes négatifs, positifs et des effets secondaires de certains médicaments (effets extra-pyramidaux). Un score de plus de 6 a une spécificité de 82% et une sensibilité de 85% quant à la présence d'une dépression (Addington 1992).

Toxicomanie

La présence d'une toxicomanie a été évaluée par l'échelle d'utilisation d'alcool (AUS) (Mueser 1996) et l'échelle d'utilisation de drogue (DUS) (Mueser 1996) qui ont été conçues pour permettre aux cliniciens d'évaluer l'utilisation de substances par des personnes avec une maladie mentale sévère. Des études ont conclu à leurs validité et fiabilité (Drake 1990, Mueser 1996). Ces échelles sont sur 5 points et le pointage est équivalent pour la consommation d'alcool et de drogue. Une cote de 1 réfère à une absence d'utilisation, 2 à une utilisation de substances non problématique, 3 à un abus de substances selon le DSM-III-R, 4 à une consommation sévère correspondant à une dépendance selon le DSM-III-R et 5 à une consommation extrêmement sévère (nécessitant hospitalisation ou institutionnalisation) correspondant aussi à une dépendance selon le DSM-III-R.

3.5 Analyses statistiques

Les analyses seront faites à l'aide du logiciel SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) version 24.

3.5.1 Description des groupes

Deux groupes seront comparés à l'admission, à 1 an et à 2 ans suivant l'admission :

Groupe 1 : jeunes PEP avec épisode d'itinérance

N.B. : Tous ceux ayant connu un épisode d'itinérance avant l'admission à la clinique et/ou à l'admission et/ou au cours de la première année suivant l'admission seront inclus dans ce groupe. Cependant, les jeunes qui auront été itinérants exclusivement au cours de la deuxième année de suivi (n=2) seront exclus de l'étude. En effet, l'épisode d'itinérance doit être suffisamment près de l'admission pour permettre une juste comparaison des sujets à l'admission et suffisamment éloigné de la fin de l'étude pour observer l'évolution de ces jeunes.

Groupe 2 : jeunes PEP sans épisode d'itinérance

3.5.2 Variables étudiées

Pour fin de comparaison des deux groupes (jeunes PEP avec itinérance versus jeunes PEP sans itinérance), les variables suivantes seront incluses dans les analyses. Ci-dessous un tableau les listant.

Tableau I. Variables étudiées

	Variables catégorielles	Variables continues
Fonctionnement prémorbide		
GAF meilleur à vie		+
SOFAS meilleur à vie		+
CGI-S meilleur à vie		+
Socio-démographiques		
Âge		+
Sexe	+	
Minorité visible	+	
Statut d'immigration	+	
Statut marital	+	
Autonomie à l'hébergement (dont itinérance)	+	
Nombres d'années complétées de scolarité		+
Occupation (emploi et/ou études)	+	
Source de revenus	+	
Réseau social	+	
Troubles judiciaires	+	
Traumatismes dans l'enfance	+	
Troubles psychiatriques		
Diagnostic principal (type de psychose DSM-IV)	+	
Trouble de toxicomanie (selon AUS, DUS)	+	
Traits/trouble de personnalité du cluster B	+	
Nombre de troubles concomitants (comorbidités)	+	
Fonctionnement		
Fonctionnement global (GAF)		+
Fonctionnement socio-professionnel (SOFAS)		+
Qualité de vie (QLS)		+
Sévérité de la psychopathologie		
Symptômes psychotiques (PANSS)		+
Sévérité de la maladie (CGI-S)		+
Symptômes dépressifs (CDS)		+
Traitements		
Observance à la médication (à 3 mois)	+	
Médication antipsychotique et/ou thymorégulatrice	+	
Dose d'antipsychotique (équivalent de chlorpromazine)		+
Antipsychotique à action prolongée (APAP)	+	
Ordonnance de traitement	+	
Utilisation des services		
Nombres et durée des hospitalisations		+
Nombre des consultations à l'urgence		+

3.5.2 Justification du choix des variables

Afin de décrire le plus fidèlement possible l'évolution, tant fonctionnelle que clinique, de jeunes suivant un PEP, il est impératif d'adresser différentes dimensions du fonctionnement et de la maladie car elles ne sont pas nécessairement corrélées et peuvent évoluer différemment (Carpenter 1977).

Le choix des variables est basé sur la littérature qui a permis, d'une part, d'identifier certaines caractéristiques associées à l'itinérance (recension des écrits) et, d'une autre part, certains facteurs associés à l'évolution des troubles psychotiques (Díaz-Caneja 2015, Harrison 2001, Malla 2005, Schubert 2015, Revier 2015).

Les échelles décrites ci-haut ont été préalablement validées chez des adultes souffrant de troubles psychotiques. Leur utilisation est d'ailleurs commune, tant dans les secteurs de la recherche que de la clinique, offrant des comparaisons plus aisées avec la littérature disponible et une généralisation ultérieure des résultats.

Cependant, certaines échelles, notamment le GAF et le CGI, bien qu'elles soient simples et rapides, représentent des mesures globales et offrent moins de possibilité de discrimination lorsque les changements sont plus subtils. En effet, l'échelle GAF adresse plusieurs dimensions à la fois, est influencée de façon drastique par certaines situations (par exemple l'itinérance, la présence de symptômes psychotiques) et illustre ainsi la dimension dans laquelle le fonctionnement est le moins satisfaisant. Dans ce contexte, il est primordial d'utiliser

également d'autres mesures d'évolution, notamment l'échelle PANSS pour les symptômes, les échelles d'autonomie en hébergement et du statut occupationnel (adaptées de Ciompi) et le SOFAS pour le fonctionnement socio-occupationnel et le QLS pour la qualité de vie. Ceci permet de mieux documenter les différentes dimensions du fonctionnement, offrant une description plus détaillée, réaliste et avec davantage de possibilité de discrimination entre les groupes selon les dimensions d'évolution.

3.5.3 Représentativité de l'échantillon

Dans un premier temps, afin de s'assurer que l'échantillon à 2 ans est représentatif du groupe initial (éviter un biais de sélection dû à des pertes au suivi), le groupe des jeunes perdus au suivi a été comparé au groupe de ceux toujours suivis à 2 ans, et ce sur la base de leurs caractéristiques socio-démographiques, incluant l'itinérance, cliniques et fonctionnelles à l'admission.

Dans un deuxième temps, afin de s'assurer qu'il est possible de généraliser les données obtenues aux échelles passées lors des entrevues annuelles (PANSS, QLS, CDS) à l'ensemble de la cohorte, les participants avec « protocole partiel » (incluant ceux ayant refusé de participer à la recherche ainsi que ceux ayant accepté la recherche mais n'ayant pas passé les entrevues) ont été comparés aux participants avec « protocole complet » (ceux ayant accepté la recherche et passé les entrevues). Ces comparaisons ont porté sur les variables socio-démographiques, incluant l'itinérance, cliniques et fonctionnelles à l'admission.

Pour comparer ces groupes respectifs, le test t de Student pour échantillons indépendants ont été utilisés pour les variables continues et dont les distributions sont normales (l'âge et le nombre d'années de scolarisation) ou le test non-paramétrique Wilcoxon-Mann-Whitney si les distributions ne sont pas normales ou si les groupes ont des tailles réduites ($n < 30$) (toutes les variables continues, à l'exception de l'âge et du nombre d'années de scolarisation). Le test de χ^2 ou le test Exact de Fisher (dans le cas d'effectifs restreints, lorsque $n < 5$ dans l'un des groupes) ont été utilisés pour les variables catégorielles (ex. : décès d'un parent, clozapine).

3.5.4 Analyses descriptives

Dans le but de remplir le premier objectif, soit de décrire la fréquence, la durée et l'évolution de l'itinérance, des analyses descriptives ont été menées sur la variable de l'itinérance (fréquences, moyennes, etc.), à l'admission puis annuellement. Des analyses descriptives de distribution ont aussi été menées sur chacune des variables continues (décrites au tableau I) afin d'évaluer la nature de leur distribution (si elle suit une loi normale/« Gausienne » ou non), à l'admission puis annuellement.

3.5.5 Analyses comparatives

Dans le but de remplir le second objectif, les deux groupes ont été comparés entre eux (jeunes adultes PEP avec vécu d'itinérance vs jeunes adultes PEP sans itinérance) sur les variables

d'intérêt (tableau I). À l'admission, les deux groupes ont été comparés sur la base de leurs caractéristiques socio-démographiques à l'admission, leur fonctionnement prémorbide et leurs mesures cliniques et fonctionnelles et à l'admission. À 1 et 2 ans, les deux groupes ont été comparés sur la base de leurs caractéristiques socio-démographiques (mesurant le fonctionnement), de leurs mesures cliniques et fonctionnelles, leurs traitements et leur utilisation des services.

Pour les variables continues normalement distribuées, les analyses ont été effectuées avec le test T de Student, permettant la comparaison de 2 moyennes provenant d'échantillons indépendants, avec distributions normales. Pour les variables dont la distribution n'était pas normale, le test Wilcoxon-Mann-Whitney, un test non-paramétrique permettant une comparaison de distributions non normales provenant de 2 échantillons indépendants a été utilisé. Pour les variables catégorielles (ex. : sexe diagnostic principal), les analyses ont été effectuées avec le test Chi², permettant une comparaison entre les proportions (ex. entre groupe itinérant vs non itinérant) et avec le test Exact de Fisher, permettant une comparaison entre 2 proportions dans le cas d'un nombre réduit de sujets ($n < 5$ dans l'un des groupes).

4. Résultats sous forme d'article

HOMELESS YOUTH WITH FIRST-EPISODE PSYCHOSIS: A 2-YEAR OUTCOME STUDY

Isabelle Sarah Lévesque, MD, FRCPC; Amal Abdel-Baki, MD, FRCPC, MSc

ABSTRACT

Background Psychosis augments the risk of homelessness, the latter is associated with increased morbidity and mortality. Young adults experiencing first-episode psychosis (FEP) are increasingly recognized as being vulnerable to homelessness. However, data on homeless in youth with FEP are sparse.

Objectives To compare symptomatic and functional outcomes in homeless v. never homeless FEP, at admission and two years after admission to an Early Psychosis Intervention Service (EIS).

Method From October 2005 to April 2011, 167 FEP consecutive admissions (aged 18 to 30 years old), were recruited in a 2-year prospective longitudinal study in an inner city EIS in Montreal, Canada. Socio-demographic characteristics, symptomatic and functional outcomes, as well as treatments and service use data were collected at admission and annually.

Result 26% of FEP were homeless, prior or during the follow-up. Attrition rate was similar among the two groups. At baseline, the homeless group were more likely to have childhood abuse, forensic history, non-affective psychosis, negative symptoms, substance use disorder and cluster B personality.

Despite the intensive care of EIS, the similarity of illness severity at baseline and medication adherence rate, homeless FEP had poorer 2-year symptomatic and functional outcomes, although having more long-acting injectable antipsychotics (LAI) (vs oral), community treatment order and hospitalizations.

Conclusion

Homelessness is a serious and prevalent phenomenon among FEP youth associated with worse symptomatic and functional outcomes. More studies on interventions focusing on potentially modifiable factors (e.g. substance use disorders, social support) are warranted.

The authors have no conflicts of interest to declare.

1. INTRODUCTION

Homelessness remains a persistent public health concern. In Canada, 235,000 persons experience homelessness every year (Gaetz, O'Grady et al. 2016). Physical and mental health is poor among the homeless (Morrison 2009; Stephen Gaetz 2016; Vazquez C 2006). Two recent meta-analysis reported pooled psychosis prevalence of 11 and 13% respectively among homeless people (Fazel, Khosla et al. 2008; Folsom and Jeste 2002), being even higher in younger age groups (Folsom and Jeste 2002), compared to 1-3% in the general population (Perälä, Suvisaari et al. 2007). Perhaps due to highly-variable methodologies, including definition of homelessness, sample selection and assessment tools, the prevalence of psychosis estimated among the homeless varies between studies and is probably underestimated because of selection and response biases. Indeed, individuals with psychosis are more likely to be excluded from studies on homelessness (e.g., not apt to consent, disorganized speech interfering with their capacity to answer questionnaires, refusal because of suspiciousness) and, when included, they may minimize or censor their symptoms.

Homelessness increases the risk of psychosis (Martijn and Sharpe 2006), and psychosis heightens the risk of homelessness (Folsom, Hawthorne et al. 2005; Herman, Susser et al. 1998). Earlier investigations have found that homeless individuals with severe mental illnesses (ISMI) (versus housed ISMI) were more likely to be male (Folsom, Hawthorne et al. 2005; Tulloch, Fearon et al. 2012), single (Caton, Shrout et al. 1994; Caton, Shrout et al. 1995; Folsom, Hawthorne et al. 2005; Tulloch, Fearon et al. 2012), unemployed, have low income (Folsom, Hawthorne et al. 2005; Ran, Chan et al. 2006), poor family and social support (Caton, Shrout et al. 1994; Caton, Shrout et al. 1995; Odell 2000; Tulloch, Fearon et al. 2012), childhood trauma (Herman, Susser et al. 1998; Odell 2000), involved and grappling with child protection services (Odell 2000), legal problems (Odell 2000; Tulloch, Fearon et al. 2012), personality disorders (Caton, Shrout et al. 1994; Caton, Shrout et al. 1995) and substance-use disorders (SUD) (Caton, Shrout et al. 1994; Caton, Shrout et al. 1995; Folsom, Hawthorne et al. 2005; Odell 2000; Tulloch, Fearon et al. 2012).

The mortality rate among homeless people with psychosis is 3 to 4 times the rate in the general population (Babidge, Buhrich et al. 2001), being especially high in younger age groups (Babidge, Buhrich et al. 2001) and more than twice the rate of housed individuals with psychosis (Mortensen and Juel 1990). In FEP, the risk of suicide is particularly high during the first year of the initial contact with psychiatric services (Nordentoft, Madsen et al. 2015). Nonetheless, homeless ISMI patients underuse mental health services (Bickley, Kapur et al. 2006; Bonin, Fournier et al. 2009), are more likely to receive mental health treatment in hospitals rather than in outpatient clinics (Folsom, Hawthorne et al. 2005), have inadequately planned psychiatric hospitalization discharge (e.g., without follow-up appointment), more so if they have comorbidity of 3 disorders: schizophrenia, substance abuse and antisocial personality disorder (Caton 1995).

It is widely acknowledged that transition to adulthood is a critical stage. Psychosis usually starts in late adolescence or early adulthood and may threaten the successful completion of required developmental tasks (Malla, Lal et al. 2010). Among vulnerable young adults, homelessness can be a serious complication of psychosis, jeopardizing healthy transition to adulthood.

Although early psychosis evolution has been determined to be a strong predictor of long-term outcomes (Harrison, Hopper et al. 2001), and early specialised psychosis intervention services have a positive impact on psychosis evolution (Bertelsen, Jeppesen et al. 2008; Malla, Lal et al. 2010) little is known about homelessness during the early stages of psychotic illness and its relationship to outcomes. Previous studies have reported prevalence rates of 5% to 15% of homelessness in FEP cases at admission and 10 to 17% at 1-year follow-up (Ouellet-Plamondon, Rousseau et al. 2015; Petersen, Nordentoft et al. 2005). However, to our knowledge, none has investigated homelessness as a primary issue in a FEP cohort and its relation with outcomes.

2. METHOD

2.1 Objectives

The main objective is to compare the characteristics (socio-demographic, clinical and functional) at baseline, at 1 and 2 years among FEP youths who experience homelessness (prior to admission and/or during the first year of follow-up) to housed FEP subjects. The secondary objectives are to describe the prevalence, duration and course of homelessness before admission and throughout 2-year follow-up.

2.2 Sample and design

This prospective and retrospective, longitudinal, epidemiological cohort study was conducted at an Early Psychosis Intervention service (EIS) – Clinique des Jeunes Adultes Psychotiques (Clinique JAP) of Centre hospitalier de l'Université de Montréal (CHUM) – which offers care to all FEP patients from its defined inner city catchment area (225,000 inhabitants). The service provided intensive, specialized treatment of early psychosis based on early psychosis intervention guidelines from the Early Psychosis Guidelines Writing Group (2010). From October 2005 to April 2011, all FEP subjects admitted to Clinique JAP were asked to participate in the study (when their mental state was stabilized and if they were apt to sign informed consent).

2.3 Data collection

Data were collected prospectively (at admission and annually) by research interview and completed both prospectively and retrospectively (by chart review) by research assistant. Upon authorisation by the research ethic and scientific committees and the professional services director of the CHUM – the local authorised authority – to insure representativeness of the entire FEP population, particularly the homeless, data collection was undertaken by medical chart review for those who declined participation, since they could belong to a particular patient sub-group (e.g., more suspicious, disorganized) potentially prone to homelessness.

2.3.1 Homelessness: definition and group categorization

Numerous definitions of homelessness range from lack of a place to sleep to more inclusive parameters, such as the one proposed by the Canadian Government: “Homelessness describes the situation of an individual without stable, permanent, appropriate housing, or the immediate prospect, means and ability of acquiring it. It is the result of systemic or societal barriers, lack of affordable and appropriate housing, individual/household financial, mental, cognitive, behavioral or physical challenges and/or racism and discrimination” (Gaetz, Barr et al. 2012). Homelessness status and history were collected with the latter definition.

FEP subjects with a history of homelessness (before admission, at admission or during the first year of follow-up) were grouped and compared to never homeless FEP patients. Those who became homeless only after the first year post-admission were not included in the homeless group (n=2). The rationale was that post-1-year homelessness was too far from the admission time-point and too close to the 2-year time-point to investigate its impact on outcomes.

Based on Herman’s categories (Herman, Susser et al. 1998) and the limited precision of information sources, the duration of homelessness was divided into 5 categories. When the available information was only partial, minimal confirmed duration was noted. As defined by the Canadian Homelessness Research Network (Gaetz, Barr et al. 2012), stable housing for at least 1 month was considered as an exit from homelessness. Hospitalizations or incarcerations were not deemed to be exits from homelessness.

2.3.2 Measures

Data collected at admission and then annually included socio-demographics (age, gender, education level, marital status, immigration and “visible minority” status, income sources, legal problems), number and type of substances misused, medication type, dosage and route of administration, medication adherence (at 3 months and annually), community treatment orders as well as total services use over 2 years (emergency visits, number of hospitalizations, hospitalization days). Medication adherence was assessed by multiple sources as recommended by Velligan (Velligan, Weiden et al. 2009) expert consensus on adherence, with the information

provided by the patient himself/herself, file review (including information reported by the family, case manager and psychiatrist as well as laboratory measures).

Living arrangements and occupational status were scored according to scales adapted from Ciompi (1980): “independent” (in their own place alone or with a partner), “with parents” (with any family members), “supervised” (supervised apartment, group or foster home, hospital), and “homeless”. For occupational status, the cohort was divided into 2 categories: “full or part-time work/study” (including competitive, rehabilitation or sheltered work) and “no occupational or productive activity”. Inspired by Bernstein’s Childhood Trauma Questionnaire (2003), childhood trauma experiences (including negligence, physical, psychological and sexual abuse, foster care placement, bullying, parents’ separation, separation from caregiver(s) and caregiver’s death) were collected from file reviews, clinician reports and patient interviews (when possible).

Symptoms and functioning were evaluated in those accepting to collaborate – according to scores assigned during research interviews, including the Positive and Negative Symptoms Scale (PANSS), the Calgary Depression Scale (CDS) and the Quality of Life Scale (QLS). Social support was estimated from 3 items of the QLS: item 1 (intimate relationships with household or family), item 2 (intimate relationships) and item 5 (social network), each rated from 0 (virtually absent) to 6 (adequate), giving total scores between 0 and 18.

The Social and Occupational Functioning Assessment Scale (SOFAS), the Global Assessment Scale (GAF), the Clinical Global Impression Severity Scale (CGI-S), the Drug Use Scale and the Alcohol Use Scale were administered, and the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition, Text Revision (DSM-IV-TR) diagnoses (psychotic disorders, SUD and cluster B personality trait/disorder) were ascertained by the best-estimate consensus method (Roy, Lanctôt et al. 1997), all available data being considering by at least 2 raters (1 senior psychiatry resident and 1 or 2 psychiatrists). Number of comorbidities was classified as follows: “double diagnosis” refers to a psychotic disorder combined with either personality disorder or substance use disorder (SUD), while “triple diagnosis” is combination of the latter 3 diagnoses. The best pre-morbid functioning level and the lowest illness severity level (both during

adulthood, but prior to admission) were estimated from all available information, by GAF, SOFAS and CGI-S.

2.4 Statistical analysis

To assess the impact of attrition on representativeness of the residual 2-year sample (n=134), individuals lost-to-follow-up (LTF) (n=33) were compared to those still followed at 2 years on baseline socio-demographic, symptomatic and functional measures. To guard against potential participant bias on some measures (PANSS, QLS, CDS), interviewed individuals (n=107) were compared to non-interviewed individuals (n=60) on baseline socio-demographic, clinical and functional measures.

Homeless and housed patients were compared to determine the baseline, 1-year and 2-year characteristics associated with homelessness. Descriptive statistics were performed on all variables at admission. Pearson's chi-square test for categorical variables (e.g., gender, diagnosis) and Student's T test (age and education level) or Wilcoxon and Mann-Whitney tests (all other variables, e.g., GAF and PANSS) were performed for continuous variables, if distributions were Gaussian or not. All p-values were 2-sided, and analyses were conducted with SPSS-24 (IBM Corporation, 2016 release).

3. RESULTS

167 FEP patients were approached: 12.6% (n=21) declined to participate (but were eventually included in retrospective file review of partial data). At 2 years, 19.8% (n=33) were LTF, either because they moved to another town, quit treatment or were transferred to a Program for Assertive Community Treatment (PACT) team because of illness severity (Figure 1).

3.1 Representativeness

In patients LTF at 2 years (compared to patients still followed), three-month medication adherence was lower (57% of patients LTF displayed good adherence versus 87% of those still followed (p=0.004)) and baseline GAF was lower (30.8 versus 34.4 (p=0.044)). No differences were observed on all other baseline variables. No baseline differences were observed between the complete protocol group (with interview, n=107) and the partial protocol group (without interview, n=60) on all baseline variables.

3.2 Description of homelessness

Of the 167 patients, 44 (26%) experienced homelessness at some point: 10 (6%) were homeless at admission, 33 (20%) were homeless during follow-up, and 2 (1%) were homeless only after the first year of follow-up. Among the 40 homeless youths prior to admission, 60% (24/40) were still homeless or became homeless again during the first year, and 30% (12/40) during the second year. Of these 40 youths, 58% (23/40) experienced homelessness for 6 months or more, prior to admission, while 50% (20/40) experienced homelessness for more than 1 month after admission (Figure 2). Note that for the majority, these categories are not mutually exclusive. Although, the first category < 1 month could capture any homelessness of a day or more, all the homeless youth experienced it for a period of many days/weeks minimally.

3.3 Pre-morbid and baseline

Pre-morbid functioning level (best lifetime GAF and SOFAS) was lower in homeless patients (compared to never homeless patients) and pre-morbid illness severity was higher (best lifetime CGI-S). At baseline, although they were more likely to have non-affective psychosis, SUD and cluster B personality, no difference was observed between groups regarding psychosis severity (PANSS, CGI-S), except for higher negative symptoms (PANSS) among the homeless (Table I).

3.4 Two-year clinical and functional outcomes

Although both groups improved compared to baseline, the homeless group presented the poorest clinical and functional outcomes. Negative symptoms were the most prominent feature of the illness. Throughout follow-up, homeless patients were more likely to have co-morbid drug use disorder (but not alcohol). During follow-up, 73% of the homeless had SUD at some point versus 53% of the never homeless. At 2 years, of those with SUD at baseline, similar ratios of SUD persistence were observed in both groups (20/33 (61%) of the homeless v. 34/55 (62%) of the never homeless) (Table I, II and Figures 3 and 4).

3.5 Treatment and psychiatric services utilization

Very few subjects in both groups were classified as totally non-adherent (since in most of those cases, community treatment were ordered by the court). Pharmacological treatments (proportion of patients who were prescribed antipsychotics, mood stabilizers, clozapine, and mean antipsychotic dosage) were similar between groups. However, community treatment orders and long-acting injectable (LAI) antipsychotic medications were more frequent in the homeless group.

Hospitalization and emergency room use was higher in the homeless group during follow-up, compared to the never homeless group. Indeed, 77% of the homeless group versus 36% of the never homeless group were re-hospitalized after their first hospitalization (Figure 5).

3.6 Mortality

One man and one woman, both diagnosed with schizophrenia, committed suicide during the 2-year follow-up. Both had multiple SUD (alcohol, cannabis, amphetamines and/or cocaine) and experienced homelessness.

4. DISCUSSION

4.1 Homelessness prevalence

A quarter of this urban FEP cohort experienced homelessness, for half of them homelessness persisted for more than one month, despite receiving services from an EIS. These proportions are higher than those generally reported in the literature (Barnes, Hutton et al. 2000; Folsom, Hawthorne et al. 2005; Harrison, Mason et al. 1994; Herman, Susser et al. 1998; Petersen, Nordentoft et al. 2005). Different hypotheses could explain the discrepancy.

First, the definition of homelessness, which varies across studies, may have been restrictive, including only roofless or sheltered homeless (Barnes, Hutton et al. 2000; Folsom, Hawthorne et al. 2005; Harrison, Mason et al. 1994; Petersen, Nordentoft et al. 2005), or may have been broad (Folsom, Hawthorne et al. 2005), incorporating those with temporary living arrangements and, sometimes, the definition is not mentioned (Barnes, Hutton et al. 2000). In the present investigation, the definition was more inclusive, based on the Canadian definition (Gaetz, Barr et al. 2012), and allowed better identification of homeless youths, not limited to shelter users, thus encompassing young adults who "squatted", slept over at acquaintances' places for short periods of time, frequently moving from one place to another. Nevertheless, most of homeless FEP patients in this study used shelters at least at times, and were in that situation for many weeks or months (not only few days).

Second, the present study design allowed longitudinal homelessness assessment (i.e. during the whole duration of each year), in contrast to other studies where transversal assessments or assessments at some specific time points only were available (Abdel-Baki, Ouellet-Plamondon et al. 2017; Drake, Caton et al. 2011) (like in our table I and II). Furthermore our data collection, was also completed by chart review (therefore including collateral information) and not only self-reporting as it is the case in other studies (Abdel-Baki, Ouellet-Plamondon et al. 2017; Drake, Caton et al. 2011; Herman, Susser et al. 1998), probably leading to underestimation of homelessness (memory biases, etc.).

Third, some authors have suggested that younger individuals are at increased risk of suffering from psychosis when homeless (Folsom, Hawthorne et al. 2005; Fournier, Chevalier et al. 2001) and of becoming homeless when suffering from psychosis (Harrison, Mason et al. 1994; Petersen, Nordentoft et al. 2005; Tulloch, Fearon et al. 2012). With mean patient age of 23 years, the present investigation comprised a younger group than in other studies (Barnes, Hutton et al. 2000; Drake, Caton et al. 2011; Folsom, Hawthorne et al. 2005; Harrison, Mason et al. 1994; Herman, Susser et al. 1998; Tulloch, Fearon et al. 2012). Moreover, some previous studies were undertaken in different socio-political settings including different countries and time periods (Harrison, Mason et al. 1994): whereas homelessness has increased since (Scott 1993). Finally, 'Clinic JAP' EIS covers an urban area where homelessness is known to be prevalent (Fournier, Chevalier et al. 2001), in contrast to rural settings (Herman, Susser et al. 1998; Scott 1993). In line with the literature, most youths experienced homelessness before admission, early in the course of the disease (Drake, Caton et al. 2011; Scott 1993).

4.2 Baseline characteristics

Baseline socio-demographics were similar to those reported previously among the homeless with psychosis (Folsom, Hawthorne et al. 2005; Odell 2000; Ran, Chan et al. 2006), non-affective psychosis (Folsom, Hawthorne et al. 2005; Tulloch, Fearon et al. 2012), SUD (Caton, Shrout et al. 1994; Caton 1995; Folsom, Hawthorne et al. 2005; Odell 2000) or cluster B personality (Caton, Shrout et al. 1994; Caton 1995). Moreover, many factors linked with homelessness in the present study, such as schizophrenia diagnosis, severe negative symptoms, more comorbidities and poor social support network, have also been associated previously with poor psychosis outcomes (Caton 1995; Harrison, Hopper et al. 2001; Malla and Payne 2005; Schubert, Clark et al. 2015). Even the mandate of the present study was not to distinguish between causes and consequences, characteristics associated with homelessness can be either causes or consequences of homelessness, and even both.

4.3 Attrition

Attrition, which was quite low (19.8%) compared to some other FEP studies (e.g., 31% at 2 years in the Danish OPUS trial) (Bertelsen, Jeppesen et al. 2008), was not different between groups. However, in the homeless group, the higher proportion of community treatment orders and the legal obligations tributary of the QAT (being released under conditions, notably following treatment recommendations, declared NCR for a previous criminal offence on account of mental disorder) might have contributed to treatment adherence. Moreover, intensive follow-up by the EIS team with frequent appointments, active reminders and outreach by case managers, with youth-engaging attitudes and satisfaction with help provided on issues other than mental health (e.g., to stabilize housing, get income source) might also contribute to the higher retention rate.

4.4 Two-year functioning and symptomatology

At 2-year follow-up, both groups improved, but clinical and functional outcomes were poorer in the homeless group. Despite better housing stability for most patients at 2 years, the QLS remained lower from baseline throughout follow-up in the homeless group. The homeless group displayed many pre-morbid and baseline socio-demographic and clinical characteristics associated with poor psychosis outcomes, some of which were replicated in the present study: non-affective psychosis (versus affective psychosis), SUD and lower education level (Abdel-Baki, Ouellet-Plamondon et al. 2017; Harrison, Hopper et al. 2001). Moreover, homelessness may worsen outcomes in different ways. For instance, it can lead to or perpetuate SUD (Babidge, Buhrich et al. 2001), judicialization (Gaetz, O’Grady et al. 2016), victimization (Gaetz, O’Grady et al. 2016) and mental health problems (Gaetz, O’Grady et al. 2016). Furthermore, homelessness is linked with excessive stress, since even basic needs (food, place to sleep, security) are not met (Gaetz, O’Grady et al. 2016) and require constant problem-solving strategies, known to be affected in psychotic disorders (Bilder, Goldman et al. 2000). As proposed by the vulnerability stress diathesis model, such exposure to high stress levels can trigger and maintain psychotic symptoms in vulnerable individuals (Zubin and Spring 1977).

4.5 Service utilization

The homeless group had more psychiatric hospital admissions and spent more days in hospital, which confirmed previous findings (Folsom, Hawthorne et al. 2005). It could be explained, in part, by greater illness severity throughout follow-up, as shown by higher CGI-S and PANSS scores, by high prevalence of SUD comorbidities (e.g., symptoms or psychotic relapse induced by intoxication or withdrawal), because of waiting in hospital to obtain appropriate supervised housing or because of mental health deterioration associated with poor outpatient follow-up, or stressful life conditions. Indeed, it may be harder for the homeless to attend appointments, as they present more cognitive deficits (Foster, Gable et al. 2012), SUD (Foster, Gable et al. 2012), legal issues (Foster, Gable et al. 2012), less social support (Bonin, Fournier et al. 2007) and less financial means to afford transportation as well as their primary needs (consequently, they spend many hours every day trying to find meals and shelter).

4.6 Adherence

Most subjects in both groups adhered to prescribed medications, with no differences detected between groups, although lower adherence was previously described among the homeless (Bickley, Kapur et al. 2006) and among ISMI patients (Velligan, Weiden et al. 2009). It is possible that EIS (compared to regular services) and Canada's universal and free healthcare system (including medication insurance coverage) might have made treatment adherence easier. Furthermore, the present study defined adherence to medication as "taking the prescribed medication regularly and timely, more than 90% of doses" whatever the means needed to attain adherence, whether voluntary or not. However, the homeless group had more community treatment orders and more LAI antipsychotics, which increased adherence but may not reflect patients' choices, responsibilities and executive function capacities to obtain medication, nor their insight into their illness and need for treatments.

4.7 Strengths

This study gives a good overall portrait of FEP patients with a history of homelessness, in terms of baseline socio-demographics, symptomatology, functioning, treatment and service utilization. To our knowledge, it is the first study to describe homelessness evolution longitudinally in a cohort of young FEP adults, which includes almost all incident FEP cases in a defined catchment

area, since citizens in Quebec province are treated by the mental health system of their catchment area, free and with equal accessibility. Moreover, subjects who declined to participate or were not apt to consent to the research protocol were included in the present study, while they were generally excluded from previous reports. This led to a sample quasi-representative of the whole FEP population. The broad definition of homelessness adopted as well as the description of its duration and evolution delivers a good portrait of the real prevalence of this phenomenon in a Canadian inner city metropolis. Homelessness data were collected in a longitudinal manner, prospectively and retrospectively, not limited to self-reporting, which allowed more cases to be identified.

4.8 Limitations

Because homelessness was collected in part retrospectively, cases of homelessness might have been missed or homelessness duration underestimated, especially when homelessness occurred prior to admission, since collateral information from family was sparse, and recall was sometimes difficult for patients. However, these possible cases would probably have displayed shorter periods of homelessness, impacting outcome to a lesser extent.

Although outcome assessment scales GAF and SOFAS are fast, global, objective and valid across diagnosis, they are less sensitive to small changes or to changes on only 1 outcome dimension and drastically influenced by certain aspects. For example, psychotic symptoms lead to GAF score under 40, and homelessness, to GAF or SOFAS scores under 30. Therefore, although psychosis is in remission, if patients are still homeless, their GAF score could not be higher than 30, not mirroring clinical improvement. Moreover, GAF does not permit differentiation between clinical and functional outcomes, and is influenced by the worst of both outcomes, giving pessimistic scores. This is why SOFAS scale was also considered (as it is not influenced by symptoms).

Outpatient appointments and attendance rates were not measured, which does not allow between-group comparison of outpatient services provided, neither of general follow-up intensity.

Although oral medication adherence was evaluated considering many sources of information (interview, chart review (including family's, case manager's and doctor's reports) and blood medication levels, when available), it could be overestimated since it lacked systematic, objective and validated measures (e.g., pill counts) and was only assessed annually. Mortality could have occurred in the LTF group, without the treatment team being informed. Completion of data collection with other sources such as national registries could have avoided possible missing data.

Some known confounding variables, associated with poorer outcome in previous FEP studies, were not collected, e.g., duration of untreated psychosis, percentage of time spent experiencing psychotic symptoms during follow-up, and cognitive deficits (Harrison, Hopper et al. 2001; Malla and Payne 2005).

Although duration of follow-up was interesting and similar to that in other FEP studies, and even though it has been observed that FEP early outcomes predict long-term outcomes (Harrison, Hopper et al. 2001), extending such investigation to the entire early psychosis "critical period" of 5 years (Birchwood, Todd et al. 1998) would be relevant. Indeed, some changes on outcomes measures may need a longer observation period to occur, particularly in this group, since they might be struggling, at the beginning of treatment, with transitions out of homelessness. This situation is associated with a great deal of stress, which might impact short-term outcomes. Thus, improvement may be delayed, and it is possible that long-term prognosis could mend further, once housing is stabilized over a longer time period.

Moreover, type β errors were more likely, as some comparisons were made between restricted groups, on variables with large standard deviations, resulting in low statistical power and possibly impairing detection of true differences between groups (e.g., emergency room visits (0.70 versus 0.47, $p=0.053$)).

5. CONCLUSION

Homeless FEP patients represent one of the most vulnerable groups in society. Despite EIS intensity, similar rates of clozapine treatment, higher rates of LAI antipsychotics and community treatment orders (which lead to similar treatment adherence), patients with homelessness history have worse 2-year clinical and functional outcomes and worse QLS than housed FEP.

As some interventions among homeless ISMI patients have previously achieved promising results (Herman, Conover et al. 2011), homeless youths with FEP would probably benefit from specialized intensive services to meet their specific needs, such as residential stabilization (with specific housing support), integrated SUD interventions, rehabilitation addressing financial management, social support and occupational activities paired with progressive integration into the community. Also, active outreach is required to build therapeutic alliance and help them navigate the healthcare system, including attending appointments.

More studies are warranted among young FEP adults experiencing homelessness, to evaluate whether adapting services to their needs, would improve their long-term clinical and functional outcomes, considering that the first five years of illness constitute a critical period.

Figure 1. Flowchart

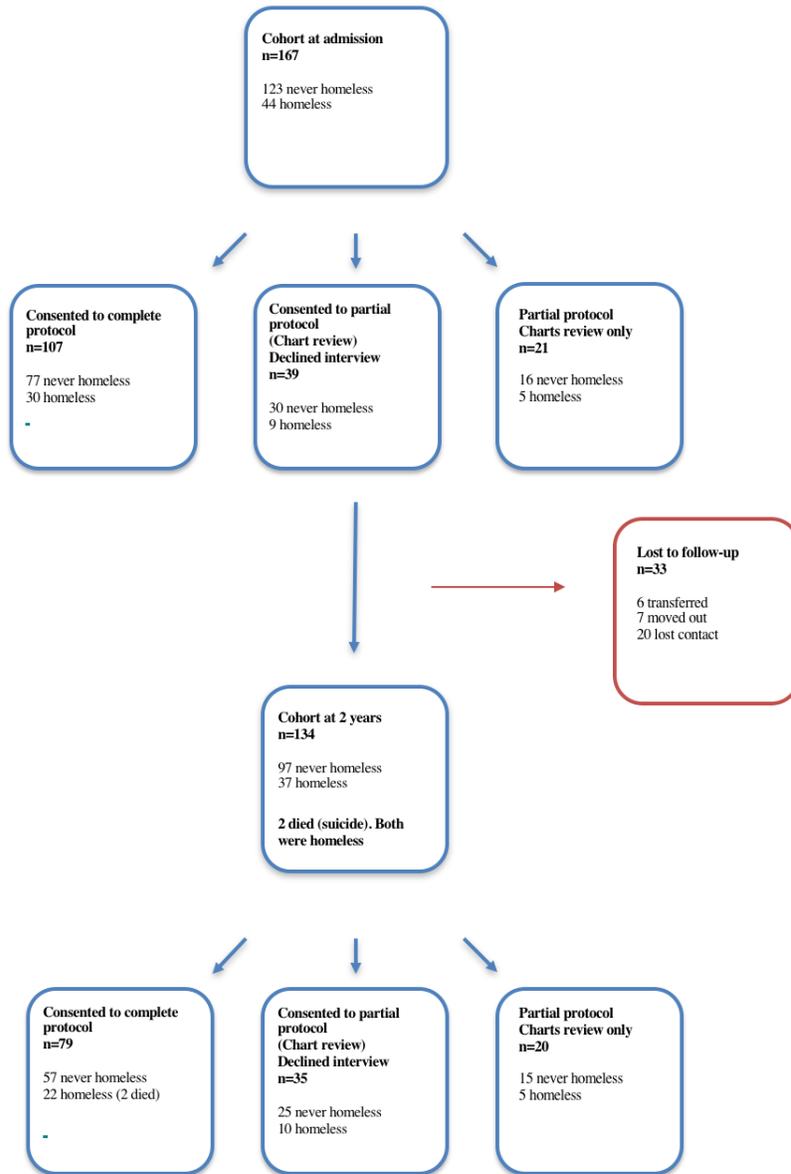


Figure 2: Duration of homelessness

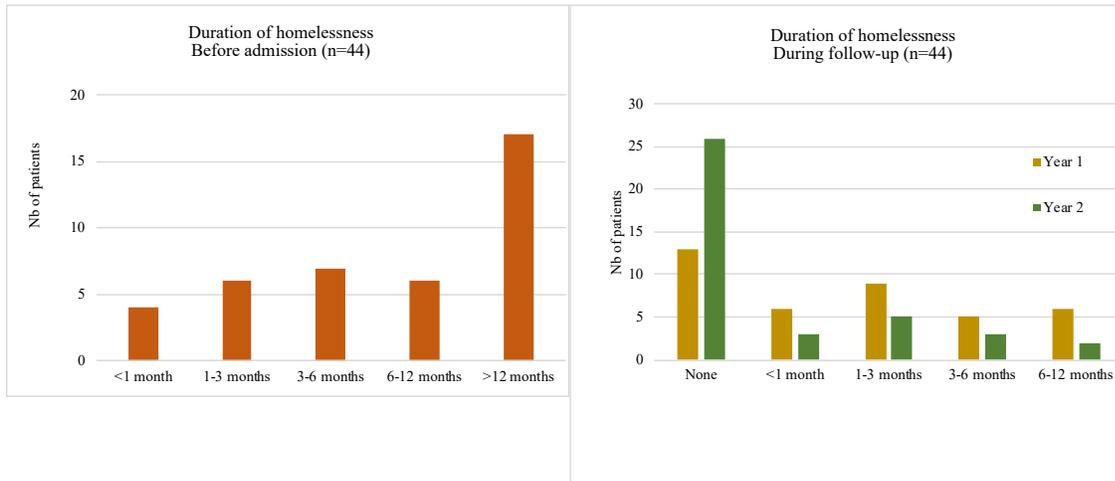
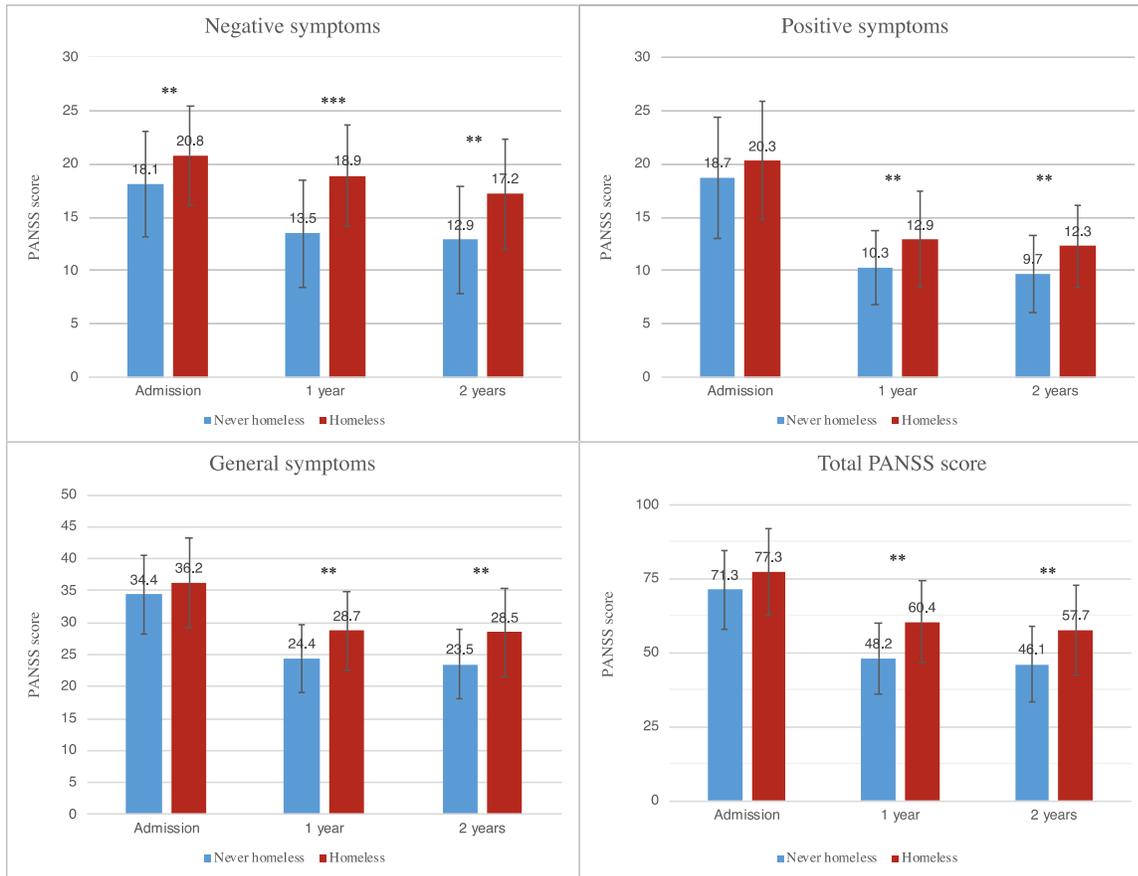
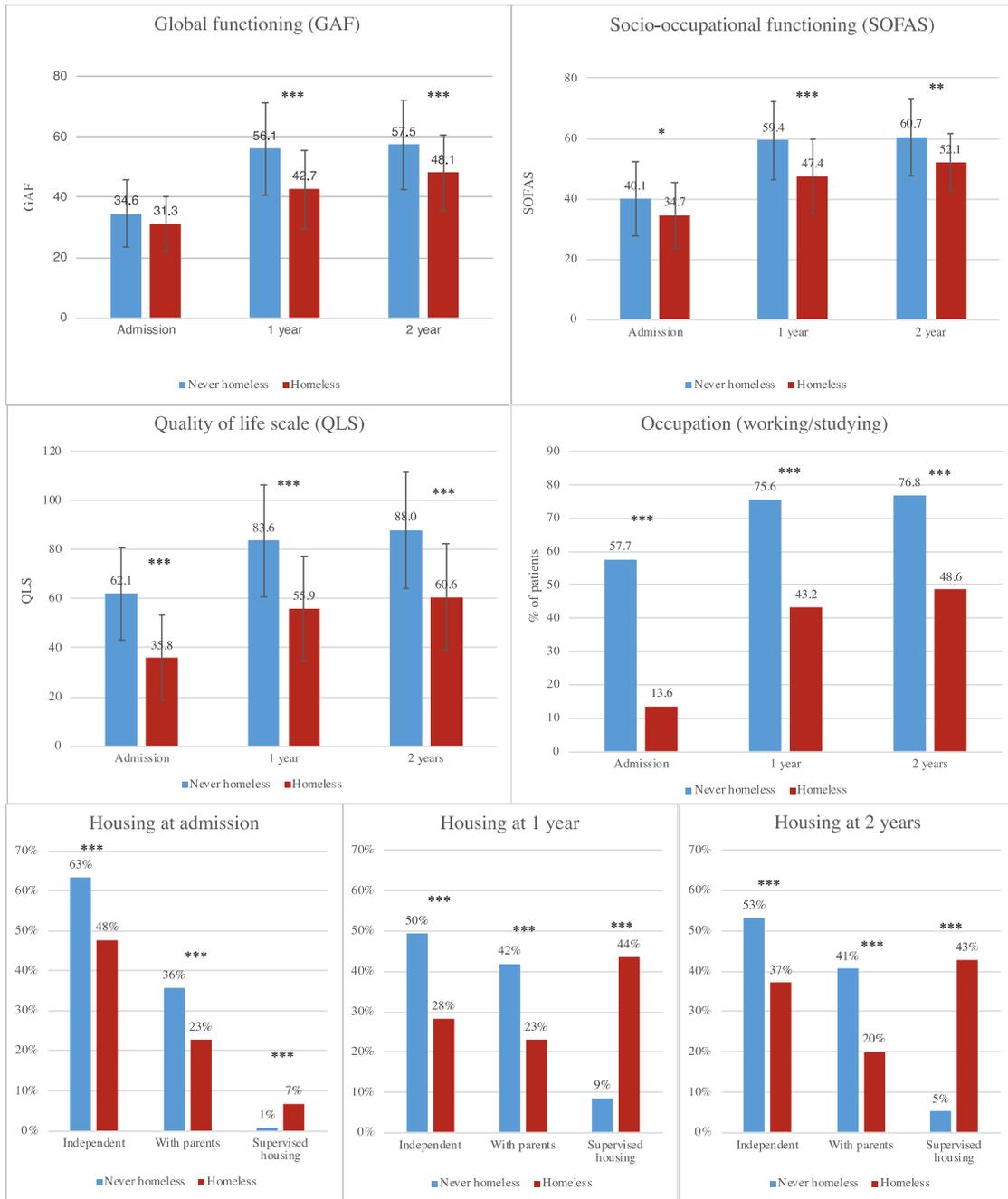


Figure 3. Symptomatic outcomes of never homeless versus homeless FEP patients



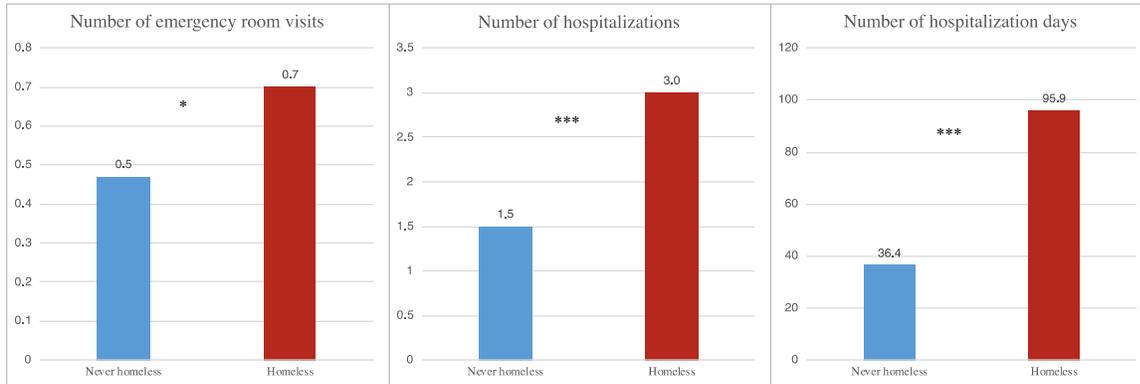
* $p \leq 0.05$
 ** $p \leq 0.01$
 *** $p \leq 0.001$

Figure 4. Functional outcomes of never homeless versus homeless FEP patients



* p ≤ 0.05
 ** p ≤ 0.01
 *** p ≤ 0.001

Figure 5. Psychiatric care utilization by never homeless versus homeless FEP patients over 2 years



* $p \leq 0.05$
** $p \leq 0.01$
*** $p \leq 0.001$

Table I: Baseline characteristics of never homeless versus homeless FEP patients (n=167)

	Entire cohort n=167	Never homeless n=123	Homeless n=44	p-value
Socio-demographics				
Age, mean (s.d.)	23.2 (3.7)	23.2 (3.8)	23.3 (3.5)	0.857
Male, n (%)	124 (74)	85 (69)	39 (89)	0.011
Visible ethnic minority, n (%)	59 (36)	46 (38)	13 (31)	0.472
Years of education, mean (s.d.)	11.9 (3.1)	12.5 (2.9)	10.1 (2.7)	<0.001
High school completed, n (%)	54 (32)	46 (38)	8 (18)	0.018
Single, n (%)	138 (83)	98 (80)	40 (91)	0.091
Pre-morbid SOFAS _a (best lifetime), mean (s.d.)	64.9 (10.3)	66.8 (9.9)	59.6 (9.5)	<0.001
Childhood trauma, n (%)				
Abuse (any)	62 (37)	36 (29)	26 (59)	<0.001
Neglect	35 (21)	18 (15)	17 (39)	<0.001
Psychological abuse	38 (23)	21 (17)	17 (39)	<0.001
Physical abuse	27 (16)	12 (10)	15 (34)	<0.001
Sexual abuse	17 (10)	11 (9)	6 (14)	<0.001
Foster care/placement, n (%)	26 (16)	12 (10)	14 (32)	0.001
Separation from attachment figure, n (%)	83 (50)	49 (40)	34 (77)	<0.001
Parents' divorce, n (%)	86 (51)	52 (43)	34 (77)	<0.001
Living arrangements, n (%)				
Independent	99 (59)	78 (63)	21 (48)	<0.001
With family	54 (32)	44 (36)	10 (23)	
Supervised housing	4 (2)	1 (1)	3 (7)	
Homeless	10 (6)	0	10 (23)	
Occupation, n (%)				
Working	77 (46)	71 (58)	6 (14)	<0.001
Studying	51 (31)	45 (37)	6 (14)	
None	31 (19)	30 (24)	1 (2)	
None	90 (54)	52 (42)	38 (86)	
Income, n (%)				
Work/independent income	71 (43)	62 (50)	9 (20)	<0.001
Government subsidies	37 (22)	13 (11)	24 (55)	
Family charge	58 (35)	47 (38)	11 (25)	
Social support, mean (s.d.)	7.3 (2.6)	7.8 (2.4)	6.0 (2.8)	<0.001
Legal status				
Legal problems, n (%)	47 (28)	20 (16)	27 (61)	<0.001
NCR on the QAT _b , n (%)	7 (4)	1 (1)	6 (14)	0.001
Primary diagnosis_c, n (%)				
Schizophrenia	39 (23)	22 (23)	17 (49)	0.002
Schizoaffective disorder	39 (23)	27 (28)	12 (34)	
Bipolar disorder/Depressive disorder	44 (26)	40 (41)	4 (11)	
Other (psychosis NOS _d , delusional disorder)	10 (6)	8 (8)	2 (6)	
Non affective psychosis _e	47 (28)	28 (29)	19 (54)	0.003
Co-morbidities				
Cluster B personality trait/disorder, n (%)	59 (35)	32 (26)	27 (61)	<0.001
SUD_f, n (%)				
Alcohol	88 (53)	55 (45)	33 (75)	0.001
Cannabis	34 (20)	21 (17)	13 (30)	0.082
Cocaine	74 (44)	44 (36)	30 (68)	<0.001
Cocaine	11 (7)	2 (2)	9 (20)	<0.001
Amphetamines	21 (13)	8 (7)	13 (30)	<0.001
Number of co-morbidities, n (%)				
None	63 (38)	56 (46)	7 (16)	<0.001
Double diagnosis _g	61 (37)	47 (38)	14 (32)	
Triple diagnosis _g	35 (21)	16 (16)	19 (54)	
Psychopathology				
CGI-S _h , mean (s.d.)	4.7 (0.9)	4.7 (0.8)	5.0 (1.1)	0.172
PANSS _i , total, mean (s.d.)	73.0 (13.9)	71.3 (13.2)	77.3 (14.9)	0.084
Positive score	19.2 (5.6)	18.7 (5.6)	20.3 (5.5)	0.223
Negative score	18.9 (4.4)	18.1 (4.1)	20.8 (4.7)	0.006
General score	34.9 (6.5)	34.4 (6.2)	36.2 (7.1)	0.331
CDS _j , mean (s.d.)	6.2 (3.5)	6.6 (3.8)	5.3 (2.8)	0.102
Functioning				
GAF _k , mean (s.d.)	33.7 (10.6)	34.5 (11.03)	31.3 (9.09)	0.063
SOFAS _a , mean (s.d.)	38.7 (12.1)	40.1 (12.3)	34.66 (10.9)	0.012
QLS _l , mean (s.d.)	54.9 (21.7)	62.1 (18.7)	35.8 (17.3)	<0.001
Treatment				
Medication non-adherence at 3 months, n (%)	7 (4)	4 (3)	3 (7)	0.312

- a: Socio-occupational functioning scale
- b: NCR: not criminally responsible on account of mental disorder/ QAT: Quebec Administrative Tribuna
- c: Based on final diagnosis at 2 years
- d: Psychosis NOS: psychosis not otherwise specified
- e: Non affective psychosis includes schizophrenia, schizophreniform disorder and delusional disorder
- f: Substance use disorder
- g: Double dx is psychotic disorder with either SUD or personality traits/disorder and triple dx is psychotic disorder with DUS and personality traits/disorder
- h: Clinical global impression – severity
- i: Positive and negative syndrome scale
- j: Calgary depression scale
- k: Global assessment of functioning scale
- l: Quality life scale

Table II: Two-year outcomes of never homeless versus homeless FEP patients (n=134)

	Entire cohort n=134	Never homeless n=97	Homeless n=37	p-value
Socio-occupational functioning				
Single, n (%)	106 (79)	75 (77)	31 (84)	0.178
Living arrangements, n(%)				<0.001
Independent	64 (48)	51 (53)	13 (35)	
With family	46 (34)	39 (41)	7 (19)	
Supervised housing	21 (16)	6 (6)	15 (41)	
Homeless	0 (0)	0 (0)	0 (0)	
Income, n(%)				<0.001
Work/independent income	65 (49)	53 (55)	12 (32)	
Government subsidies	45 (34)	22 (23)	23 (62)	
Family charge	21 (16)	21 (22)	0 (0)	
Occupation, n (%)	90 (67)	73 (77)	17 (46)	0.002
Working	66 (49)	54 (56)	12 (32)	
Studying	32 (24)	28 (29)	4 (11)	
None	40 (30)	22 (23)	18 (49)	
GAF _a , mean (s.d.)	55.0 (14.9)	57.5 (14.9)	48.1 (12.7)	0.001
GAF ≤50, n (%)	57 (42)	34 (35)	33 (66)	0.002
SOFAS _b , mean (s.d.)	58.5 (12.6)	60.7 (12.8)	52.1 (9.7)	0.002
SOFAS ≤50, n (%)	47 (35)	25 (26)	22 (63)	<0.001
QLS _c , mean (s.d.)	80.9 (26.0)	88.0 (23.7)	60.6 (21.6)	<0.001
Social support, mean (s.d.)	11.8 (3.4)	12.7 (3.2)	9.3 (2.9)	<0.001
Legal problems, n (%)	17 (13)	7 (7)	10 (27)	<0.001
NCR on the QAT _d , n(%)	6 (5)	2 (2)	4 (11)	0.017
Psychopathology				
CGI-S _e , mean (s.d.)	2.8 (1.3)	2.7 (1.3)	3.2 (1.4)	0.033
PANSS _f , mean (s.d.)				
Total PANSS	49.0 (14.2)	46.1 (12.8)	57.7 (15.2)	0.003
Positive score	10.4 (3.9)	9.7 (3.6)	12.3 (3.9)	0.005
Negative score	14.0 (5.1)	12.9 (4.7)	17.2 (5.2)	0.002
General score	24.7 (6.2)	23.5 (5.4)	28.5 (7.0)	0.005
CDS _g , mean (s.d.)	2.7 (3.3)	2.3 (3.1)	4.0 (3.6)	0.078
SUD _h course, n (%)				0.039
Persistence	54 (40)	34 (35)	20 (54)	
New SUD	7 (5)	6 (7)	1 (3)	
Stopped	17 (13)	11 (11)	6 (16)	
Never SUD	54 (40)	46 (47)	8 (22)	
Co-morbidities, n(%)				<0.001
None	55 (41)	46 (48)	9 (24)	
Double diagnosis _i				
Personality traits/disorder	47 (35)	25 (26)	22 (59)	
Double diagnosis of SUD	61 (46)	40 (41)	21 (57)	
Triple diagnosis _i	30 (22)	14 (14)	16 (43)	
Treatment				
Dosage of antipsychotic(s), mg	339.1 (315.9)	329.4 (332.7)	365.6 (267.2)	0.206
Clozapine, n (%)	8 (6)	6 (6)	2 (3)	0.884
Mood stabilizer, n (%)	55 (41)	43 (45)	12 (32)	0.281
Long acting antipsychotic (injectable), n (%)	52 (39)	26 (27)	26 (70)	<0.001
Community treatment order, n (%)	29 (22)	12 (12)	17 (46)	<0.001
Service utilization				
Hospitalizations, mean (s.d.)	2.0 (1.6)	1.6 (1.3)	3.1 (1.6)	<0.001
Hospitalization days, mean (s.d.)	54.5 (60.1)	36.4 (44.3)	95.9 (70.7)	<0.001
Emergency room visits, mean (s.d.)	0.53 (1.1)	0.39 (1.0)	0.68 (1.0)	0.044

- a: Global assessment of functioning scale
- b: Socio-occupational functioning scale
- c: Quality of life scale
- d: NCR: not criminally responsible on account of mental disorder/ QAT: Quebec Administrative Tribunal
- e: Clinical global impression – severity
- f: Positive and negative syndrome scale
- g: Calgary depression scale
- h: Substance use disorder
- i: Double diagnosis is psychotic disorder with either SUD or cluster B personality traits/disorder and triple diagnosis is psychotic disorder with SUD and cluster B personality traits/disorder
- j: Chlorpromazine equivalent

REFERENCES

- Abdel-Baki, A., C. Ouellet-Plamondon, É. Salvat, K. Grar and S. Potvin (2017). "Symptomatic and functional outcomes of substance use disorder persistence 2 years after admission to a first-episode psychosis program." Psychiatry Res **247**: 113-119.
- Babidge, N. C., N. Buhrich and T. Butler (2001). "Mortality among homeless people with schizophrenia in Sydney, Australia: a 10-year follow-up." Acta Psychiatr Scand **103**(2): 105-110.
- Barnes, T. R., S. B. Hutton, M. J. Chapman, S. Mutsatsa, B. K. Puri and E. M. Joyce (2000). "West London first-episode study of schizophrenia. Clinical correlates of duration of untreated psychosis." Br J Psychiatry **177**: 207-211.
- Bertelsen, M., P. Jeppesen, L. Petersen, A. Thorup, J. Øhlenschlaeger, P. le Quach, T. Christensen, G. Krarup, P. Jørgensen and M. Nordentoft (2008). "Five-year follow-up of a randomized multicenter trial of intensive early intervention vs standard treatment for patients with a first episode of psychotic illness: the OPUS trial." Arch Gen Psychiatry **65**(7): 762-771.
- Bickley, H., N. Kapur, I. M. Hunt, J. Robinson, J. Meehan, R. Parsons, K. McCann, S. Flynn, J. Burns, T. Amos, J. Shaw and L. Appleby (2006). "Suicide in the homeless within 12 months of contact with mental health services : a national clinical survey in the UK." Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol **41**(9): 686-691.
- Bilder, R. M., R. S. Goldman, D. Robinson, G. Reiter, L. Bell, J. A. Bates, E. Pappadopulos, D. F. Willson, J. M. Alvir, M. G. Woerner, S. Geisler, J. M. Kane and J. A. Lieberman (2000). "Neuropsychology of first-episode schizophrenia: initial characterization and clinical correlates." Am J Psychiatry **157**(4): 549-559.
- Birchwood, M., P. Todd and C. Jackson (1998). "Early intervention in psychosis. The critical period hypothesis." Br J Psychiatry Suppl **172**(33): 53-59.
- Bonin, J. P., L. Fournier and R. Blais (2007). "Predictors of mental health service utilization by people using resources for homeless people in Canada." Psychiatr Serv **58**(7): 936-941.
- Bonin, J. P., L. Fournier and R. Blais (2009). "A typology of mentally disordered users of resources for homeless people: towards better planning of mental health services." Adm Policy Ment Health **36**(4): 223-235.
- Caton, C. L. (1995). "Mental health service use among homeless and never-homeless men with schizophrenia." Psychiatr Serv **46**(11): 1139-1143.

Caton, C. L., P. E. Shrout, B. Dominguez, P. F. Eagle, L. A. Opler and F. Cournos (1995). "Risk factors for homelessness among women with schizophrenia." Am J Public Health **85**(8 Pt 1): 1153-1156.

Caton, C. L., P. E. Shrout, P. F. Eagle, L. A. Opler, A. Felix and B. Dominguez (1994). "Risk factors for homelessness among schizophrenic men: a case-control study." Am J Public Health **84**(2): 265-270.

Drake, R. E., C. L. Caton, H. Xie, E. Hsu, P. Gorroochurn, S. Samet and D. S. Hasin (2011). "A prospective 2-year study of emergency department patients with early-phase primary psychosis or substance-induced psychosis." Am J Psychiatry **168**(7): 742-748.

Fazel, S., V. Khosla, H. Doll and J. Geddes (2008). "The prevalence of mental disorders among the homeless in western countries: systematic review and meta-regression analysis." PLoS Med **5**(12): e225.

Folsom, D. and D. V. Jeste (2002). "Schizophrenia in homeless persons: a systematic review of the literature." Acta Psychiatr Scand **105**(6): 404-413.

Folsom, D. P., W. Hawthorne, L. Lindamer, T. Gilmer, A. Bailey, S. Golshan, P. Garcia, J. Unützer, R. Hough and D. V. Jeste (2005). "Prevalence and risk factors for homelessness and utilization of mental health services among 10,340 patients with serious mental illness in a large public mental health system." Am J Psychiatry **162**(2): 370-376.

Foster, A., J. Gable and J. Buckley (2012). "Homelessness in schizophrenia." Psychiatr Clin North Am **35**(3): 717-734.

Fournier, L., S. Chevalier and J.-P. Bonin (2001). Enquête auprès de la clientèle des ressources pour personnes itinérantes des régions de Montréal-Centre et de Québec. Quebec, Institut de la statistique du Québec, Collection Santé et bien-être: 131 p.

Gaetz, S., C. Barr, A. Friesen, B. Harris, C. Hill, K. Kovacs-Burns, B. Pauly, B. Pearce, A. Turner and A. Marsolais (2012). Canadian Definition of Homelessness. Toronto, Canadian Observatory on Homelessness Press.

Gaetz, S., B. O'Grady, S. Kidd and K. Schwan (2016). Without a Home: The National Youth Homelessness Survey. Toronto, Canadian Observatory on Homelessness Press.

Harrison, G., K. Hopper, T. Craig, E. Laska, C. Siegel, J. Wanderling, K. C. Dube, K. Ganev, R. Giel, W. an der Heiden, S. K. Holmberg, A. Janca, P. W. Lee, C. A. León, S. Malhotra, A. J. Marsella, Y. Nakane, N. Sartorius, Y. Shen, C. Skoda, R. Thara, S. J. Tsirkin, V. K. Varma, D. Walsh and D. Wiersma (2001). "Recovery from psychotic illness: a 15- and 25-year international follow-up study." Br J Psychiatry **178**: 506-517.

- Harrison, G., P. Mason, C. Glazebrook, I. Medley, T. Croudace and S. Docherty (1994). "Residence of incident cohort of psychotic patients after 13 years of follow up." BMJ **308**(6932): 813-816.
- Herman, D. B., S. Conover, P. Gorroochurn, K. Hinterland, L. Hoepner and E. S. Susser (2011). "Randomized trial of critical time intervention to prevent homelessness after hospital discharge." Psychiatr Serv **62**(7): 713-719.
- Herman, D. B., E. S. Susser, L. Jandorf, J. Lavelle and E. J. Bromet (1998). "Homelessness among individuals with psychotic disorders hospitalized for the first time: findings from the Suffolk County Mental Health Project." Am J Psychiatry **155**(1): 109-113.
- Malla, A., S. Lal, N. C. Vracotas, K. Goldberg and R. Joober (2010). "Early intervention in psychosis: specialized intervention and early case identification." Encephale **36 Suppl 3**: S38-45.
- Malla, A. and J. Payne (2005). "First-episode psychosis: psychopathology, quality of life, and functional outcome." Schizophr Bull **31**(3): 650-671.
- Martijn, C. and L. Sharpe (2006). "Pathways to youth homelessness." Soc Sci Med **62**(1): 1-12.
- Morrison, D. S. (2009). "Homelessness as an independent risk factor for mortality: results from a retrospective cohort study." Int J Epidemiol **38**(3): 877-883.
- Mortensen, P. B. and K. Juel (1990). "Mortality and causes of death in schizophrenic patients in Denmark." Acta Psychiatr Scand **81**(4): 372-377.
- Nordentoft, M., T. Madsen and I. Fedyszyn (2015). "Suicidal behavior and mortality in first-episode psychosis." J Nerv Ment Dis **203**(5): 387-392.
- Odell, S. M., Commander, M. J. (2000). "Risks factors for homelessness among people with psychotic disorders." Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol **35**(9): 396-401.
- Ouellet-Plamondon, C., C. Rousseau, L. Nicole and A. Abdel-Baki (2015). "Engaging Immigrants in Early Psychosis Treatment: A Clinical Challenge." Psychiatr Serv **66**(7): 757-759.
- Perälä, J., J. Suvisaari, S. I. Saarni, K. Kuoppasalmi, E. Isometsä, S. Pirkola, T. Partonen, A. Tuulio-Henriksson, J. Hintikka, T. Kieseppä, T. Härkänen, S. Koskinen and J. Lönnqvist (2007). "Lifetime prevalence of psychotic and bipolar I disorders in a general population." Arch Gen Psychiatry **64**(1): 19-28.
- Petersen, L., M. Nordentoft, P. Jeppesen, J. Ohlenschlaeger, A. Thorup, T. Christensen, G. Krarup, J. Dahlstrøm, B. Haastrup and P. Jørgensen (2005). "Improving 1-year outcome in first-episode psychosis: OPUS trial." Br J Psychiatry Suppl **48**: s98-103.

- Ran, M. S., C. L. Chan, E. Y. Chen, M. Z. Xiang, E. D. Caine and Y. Conwell (2006). "Homelessness among patients with schizophrenia in rural China: a 10-year cohort study." Acta Psychiatr Scand **114**(2): 118-123.
- Roy, M. A., G. Lanctôt, C. Mérette, D. Cliche, J. P. Fournier, P. Boutin, C. Rodrigue, L. Charron, M. Turgeon, M. Hamel, N. Montgrain, L. Nicole, A. Pirès, H. Wallot, A. M. Ponton, Y. Garneau, C. Dion, J. C. Lavallée, A. Potvin, P. Szatmari and M. Maziade (1997). "Clinical and methodological factors related to reliability of the best-estimate diagnostic procedure." Am J Psychiatry **154**(12): 1726-1733.
- Schubert, K. O., S. R. Clark and B. T. Baune (2015). "The use of clinical and biological characteristics to predict outcome following First Episode Psychosis." Aust N Z J Psychiatry **49**(1): 24-35.
- Scott, J. (1993). "Homelessness and mental illness." Br J Psychiatry **162**: 314-324.
- Stephen Gaetz, B. O. G., Sean Kidd & Kaitlin Schwan. (2016). Without a Home: The National Youth Homelessness Survey. Toronto, Canadian Observatory on Homelessness Press. .
- Tulloch, A. D., P. Fearon and A. S. David (2012). "Timing, prevalence, determinants and outcomes of homelessness among patients admitted to acute psychiatric wards." Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol **47**(7): 1181-1191.
- Vazquez C, M. M., Crespo M, et al. (2006). A comparative Study of the 12-Months Prevalence of physical health problems among homeless people in Madrid and Washington, DC., Int J Ment Health.
- Velligan, D. I., P. J. Weiden, M. Sajatovic, J. Scott, D. Carpenter, R. Ross, J. P. Docherty and E. C. P. o. A. P. i. S. a. P. M. Illness (2009). "The expert consensus guideline series: adherence problems in patients with serious and persistent mental illness." J Clin Psychiatry **70 Suppl 4**: 1-46; quiz 47-48.
- Zubin, J. and B. Spring (1977). "Vulnerability--a new view of schizophrenia." J Abnorm Psychol **86**(2): 103-126.

5. Discussion

La discussion sera présentée en trois volets, le premier intégrant les résultats, le deuxième portant sur les retombées et le troisième sur les forces et limitations.

Contribution de l'étude

Il s'agit d'une première étude canadienne à décrire le phénomène de l'itinérance de façon longitudinale chez une cohorte de jeunes adultes aux prises avec un PEP, permettant une comparaison des caractéristiques à l'admission ainsi que de leur évolution symptomatique et fonctionnelle à deux ans, des traitements et de l'utilisation des services de jeunes avec PEP ayant connu de l'itinérance par rapport à ceux sans itinérance.

5.1 Intégration des résultats

Représentativité

Dans cette étude, l'attrition a été de 19.8%, ce qui est habituellement considéré comme acceptable dans des études de cohorte, comparable à d'autres études de cohorte sur 2 ans chez des échantillons de PEP (Bergé 2016, Bertelsen 2008). De plus, tel que suggéré par Häfner (Häfner 2000) des efforts ont été faits pour limiter l'attrition en complétant la collecte de données obtenues lors des entrevues de recherche, par la révision des dossiers médicaux de tous les patients incluant les patients refusant de poursuivre les entrevues de recherche tout au

long de l'étude. Tel que démontré, la cohorte à deux ans peut être considérée quasi représentative de la cohorte PEP initiale. En effet, les taux d'itinérance étaient les mêmes au sein des deux groupes (perdus au suivi vs non perdus). Quoique les sujets perdus au suivi présentaient des scores légèrement plus bas au GAF (31 vs 34) et une moins bonne adhésion à la médication à 3 mois (bonne adhésion chez 57% des perdus au suivi vs 87% des patients suivis à 2 ans), ils ne différaient sur aucune autre variable à l'admission. Quoique la différence au GAF était statistiquement significative, le fait qu'elle se trouve dans la même catégorie nous indique que l'atteinte du fonctionnement à l'admission était similaire (très importante) entre les perdus au suivi et ceux suivis à 2 ans. Il est donc probable que cette différence entre les perdus et l'échantillon suivi à 2 ans n'ait pas eu d'impact sur les mesures d'évolution à 2 ans. Toutefois, s'il y eu un impact, il est probable qu'il consiste en une légère surestimation du fonctionnement (SOFAS/GAF) à deux ans.

Afin d'améliorer la représentativité totale de la cohorte des jeunes avec PEP, une autorisation a été obtenue des comités éthique et scientifique du CRCHUM afin de procéder à une révision rétrospective des dossiers des patients ayant refusé la recherche. Toutefois, cette collecte de données ne permettait pas d'obtenir certains résultats, notamment ceux provenant d'échelles nécessitant la passation d'une entrevue semi-structurée (PANSS, QLS, CDS). Par ailleurs, certains patients ont accepté la recherche mais refusé de se soumettre aux entrevues. Afin de s'assurer que le sous groupe n'ayant pas passé d'entrevues était similaire au sous groupe ayant

passé des entrevues, rappelons que des analyses comparatives ont été faites entre ces 2 groupes.

À l'admission, aucune différence n'a été observée concernant les caractéristiques socio-démographiques (incluant l'itinérance), cliniques et fonctionnelles entre le groupe avec protocole partiel (comprenant ceux ayant d'emblée refusé la recherche et ceux ayant accepté la recherche mais refusé ensuite les entrevues, totalisant 36% de la cohorte (60/167)), par rapport au groupe avec protocole complet (ceux ayant accepté la recherche et passé les entrevues). Les taux d'itinérance étaient les mêmes au sein des deux groupes.

Cependant, les refus (de recherche ou seulement d'entrevues) ont mené à de l'information manquante, puisque les données n'ont pu être obtenues que par la revue de dossier, où certaines informations étaient parfois non disponibles. Ainsi, bien que certaines analyses (ex. portant sur les symptômes (PANSS, CDS) ou la qualité de vie (QLS) aient été menées sur une taille d'échantillon réduite (64% de l'échantillon total), il est acceptable d'extrapoler à l'ensemble de la cohorte les résultats obtenus par les entrevues sur ce sous-échantillon, puisque ces résultats évoluent de manière similaire aux autres mesures obtenues pour la cohorte entière.

Prévalence, durée et évolution de l'itinérance

Voir figure 2.

Au sein de la cohorte des 167 jeunes adultes avec PEP, plus du quart ont expérimenté une période d'itinérance avant ou durant la première année de suivi, et pour la vaste majorité, l'itinérance précédait l'admission à la clinique. Parmi les jeunes ayant vécu de l'itinérance, plus de la moitié ont vécu de l'itinérance pendant plus de 6 mois avant l'admission et la moitié ont vécu de l'itinérance pendant plus d'un mois au cours de la première année de suivi, et ce malgré l'aide prodiguée par la clinique.

Contrairement à notre première hypothèse, basée sur la littérature concernant une cohorte similaire au sein de la clinique JAP (même clinique que la présente étude) (Ouellet-Plamondon 2015) et d'autres études concernant d'autres cliniques spécialisées en intervention précoce pour PEP (Albert 2017, Barnes 2000, Drake 2011, Harrison 1994, Herman 1998, Petersen 2005), les taux d'itinérance retrouvés dans la présente étude sont plus élevés. Différentes hypothèses peuvent expliquer ces différences, principalement des aspects méthodologiques et des contextes différents.

Premièrement, la présente étude a utilisé une définition de l'itinérance plus inclusive que celles utilisées par d'autres études sur la psychose émergente (Harrison 1994, Herman 1998). Par exemple, l'étude de Herman (1998) définit l'itinérance comme au moins une nuit passée dans

un refuge ou un endroit public (parc, bâtiment abandonné, station de bus, sur la rue), définition similaire à celle de Harrison et al (1994) qui inclut toute période passée sur la rue ou dans un refuge en précisant l'exclusion de nuit chez des gens en l'absence de logis fixe.

Deuxièmement, comme l'itinérance était une issue primaire, contrastant avec la majorité des autres études (Albert 2017, Barnes 2000, Drake 2011, Harrison 1994, Petersen 2005) pour lesquelles l'itinérance faisait partie des types d'hébergement, la collecte des données a été plus rigoureuse et systématique. Antérieurement, la collecte des données dans l'étude de plus grande envergure (Nicole 2007) dont fait partie la cohorte de la présente étude, était faite uniquement prospectivement, annuellement et basée l'auto-déclaration. Or, dans le contexte où l'issue primaire était l'itinérance, la collecte des données a dû être raffinée et les entrevues de recherche complétées par une collecte longitudinale prospective et rétrospective par revue des dossiers documentant tous les épisodes d'itinérance s'inscrivant dans les 2 années de suivi et avant l'admission. Ceci contraste avec d'autres méthodologies, notamment des mesures ponctuelles (Albert 2017, Barnes 2000, Harrison 1994), transversales aux 6 mois (Drake 2011) ou aux 12 mois (Ouellet-Plamondon 2015) et basée sur l'auto-déclaration (Drake 2011, Herman 1998, Ouellet-Plamondon 2015). La collecte utilisée dans cette étude a permis une meilleure identification des cas d'itinérance. À titre d'exemple, en utilisant seulement une collecte transversale annuelle de l'itinérance, seulement 10 jeunes avaient été identifiés comme itinérants à l'admission, 2 jeunes à 1 an et 1 jeune à 2 ans, tandis qu'avec la méthodologie de la présente étude, 44 jeunes ont pu être identifiés.

Troisièmement, comme les jeunes avec un profil d'itinérance représente un groupe d'intérêt et avec lequel l'équipe traitante clinique est habituée de composer et que le programme de recherche était intégré à la clinique, le recrutement pour la recherche a pu être facilité (souplesse dans les rendez-vous octroyés, emphase sur l'alliance visant la rétention à la clinique avec *outreach*, collaboration entre médecins psychiatres, intervenants pivot et assistants de recherche). Dans d'autres études, il est possible que les itinérants aient été davantage susceptibles d'échapper au recrutement étant donné de plus grande difficultés d'alliance, d'adhésion au suivi et une difficulté à rejoindre ces jeunes (absence de coordonnées téléphoniques ou d'adresse civique) (Ouellet-Plamondon 2011).

Quatrièmement, les sujets de cette étude étaient en moyenne plus jeunes, avec un âge moyen de 23 ans, comparativement à ceux des autres études avec un âge moyen se situant entre 25 et 30 ans (Albert 2017, Barnes 2000, Drake 2011, Harrison 1994, Herman 1998, Petersen 2005). En effet, il a été décrit que le jeune âge était un facteur de risque pour l'itinérance chez les personnes atteintes de psychose (Harrison 1994, Petersen 2005, Tulloch 2012). Il est donc possible que durant les premières années de la maladie psychotique, une population plus jeune présente un plus haut taux d'itinérance.

Cinquièmement, ces études ont été menées dans contextes socio-politiques, des époques et des pays différents. Par exemple, l'accès aux soins de santé ou à l'hébergement, peut être plus ardu dans certains pays dotés de systèmes de santé et sociaux différents, notamment aux États-

Unis (Drake 2011, Herman 1998). En ce qui concerne l'époque, une étude (Harrison 1994) s'est amorcée à la fin des années 1970, lorsque le phénomène de l'itinérance était moins prévalant, alors que dans les dernières décennies, ce phénomène s'est considérablement aggravé dans plusieurs pays industrialisés (Scott 1993).

Enfin, le bassin desservi par la clinique JAP correspond à une zone urbaine de centre-ville et connaît une plus forte concentration d'individus en situation d'itinérance et de ressources d'hébergement d'urgence les desservant, comparativement aux autres secteurs de l'île de Montréal (Fournier 2001) et à certaines cohortes provenant de zones plus rurales, par exemple celle de Herman (Herman 1998).

Par ailleurs, de façon consistante avec la littérature (Drake 1991), la vaste majorité des jeunes ont connu de l'itinérance en début de parcours, soit avant l'admission à la clinique, moment où les symptômes psychotiques sont à leur paroxysme et le soutien des soignants au minimum. Enfin, des jeunes ayant été itinérants avant et à l'admission, la moitié a vécu plus d'un mois d'itinérance au cours de la première année de suivi, et ce malgré l'aide prodiguée par la clinique d'intervention précoce et intensive. Parmi les jeunes ayant connu de l'itinérance avant l'admission, 60% (24 sur 40) ont vécu à nouveau de l'itinérance durant la première année et 30% (12 sur 40) durant la 2e année, et ce malgré un suivi intensif dans une clinique spécialisée en PEP. Ainsi, au sein de la cohorte entière, 16% (26/167) des jeunes ont été itinérants pendant

la première année de suivi. Ces chiffres sont semblables à ceux retrouvés chez des adultes avec PEP (Petersen 2005) où 10 à 17% avaient été itinérants dans l'année suivant l'admission.

Caractéristiques à l'admission

(Voir tableau I)

À l'admission, de façon consistante avec notre hypothèse basée sur la littérature, le groupe ayant connu de l'itinérance comprenait davantage d'individus de genre masculin, moins scolarisé, ayant connu un fonctionnement socio-occupationnel prémorbide plus faible, ayant rarement une d'occupation productive et ayant plus fréquemment comme source de revenus de l'aide gouvernementale de dernier recours. Ils avaient un réseau de support social plus faible, davantage de problèmes légaux, d'histoire de traumatismes et de placement avant l'âge de 18 ans.

Ces résultats doivent être interprétés avec prudence. Bien que le mandat de cette étude n'était pas d'en faire la distinction, plusieurs des caractéristiques associées à l'itinérance peuvent en être à la fois des causes et/ou des conséquences. Par exemple, un niveau de scolarisation plus faible peut contribuer à causer l'itinérance, en limitant l'accès à des emplois mieux rémunérés, mais peut aussi en être une conséquence, amenant une désorganisation qui rend difficile la poursuite d'études. Aussi, l'association entre l'itinérance et l'un des facteurs identifiés peut reposer sur une troisième variable confondante (non mesurée). Par exemple, l'association

entre l'itinérance et le niveau de scolarisation peut s'expliquer par des limitations cognitives qui peuvent à la fois limiter les possibilités de scolarisation avancée mais aussi mener à l'itinérance par difficulté de résolution de problèmes.

Bien que la proportion absolue de célibataires soit plus élevée chez les jeunes avec histoire d'itinérance (91%) vs ceux sans histoire d'itinérance (80%), aucune différence significative n'a été mise en évidence concernant le statut marital, contrairement à ce qui est généralement rapporté par la littérature chez les itinérants. On peut faire l'hypothèse qu'étant donné la proportion élevée de célibat au sein des jeunes adultes avec PEP, il est moins probable de détecter une différence significative entre les deux groupes.

Vécu traumatique dans l'enfance

Les abus et traumatismes sont à la fois associés à un vécu d'itinérance (Fournier 2003, Gaetz 2016, Herman 1997, Martijn 2006, North 1998, Thompson 2012), au développement d'un trouble de personnalité (Kendler 2000), d'un trouble lié aux substances (Johnson 1999) ainsi que de la psychose (Bebbington 2004, Bebbington 2011, Conus 2010, Craig 1998, Larsson 2013, Morgan 2014, Varese 2012). L'association avec les traumatismes semble s'accroître chez les individus aux prises avec une combinaison de psychose et d'itinérance (Goodman 1995).

Il s'agit d'une première étude comparant les taux d'adversité dans l'enfance chez les jeunes PEP avec histoire d'itinérance par rapport à ceux sans histoire d'itinérance. Cette étude rapporte que les taux d'abus (abus physique, psychologique, sexuel et négligence), de placement (en dehors de la famille d'origine), de séparation de la figure d'attachement et de séparation de l'union parentale sont tous plus élevés chez les jeunes PEP avec histoire d'itinérance vs ceux sans histoire d'itinérance.

Ainsi, de façon consistante avec la littérature sur les abus chez les jeunes itinérants, les taux de traumatismes dans l'enfance sont plus élevés chez le groupe des PEP itinérants par rapport au groupe des PEP non itinérants, notamment les taux d'abus de tous types confondus (59% du groupe avec itinérance vs 29% du groupe sans itinérance), de négligence (39% vs 15%, respectivement), d'abus physiques (34% vs 10%, respectivement) et sexuels (13% vs 9%, respectivement).

Cependant, pour chacun de ces abus, les taux retrouvés chez la cohorte entière sont généralement plus bas que ceux rapportés dans la littérature (tant chez les jeunes itinérants (Gaetz 2013), que chez les adultes avec psychose (Bebbington 2004, Morgan 2007), dont chez les PEP (Conus 2010). Ceci concerne notamment les taux d'abus, tout type confondu (37% de la présente cohorte PEP totale rapportait au moins un abus vs 81-86% des jeunes avec PEP (Cotton 2009)), les taux de négligence (21% chez la présente cohorte PEP totale vs 37% des jeunes itinérants (Gaetz 2013)), d'abus physiques (16% de la présente cohorte PEP totale vs 24-

30% des jeunes PEP (Conus 2010)) et sexuels (10% chez la présente cohorte PEP totale vs 35% des adultes avec psychose, dont 42% des femmes et 28% des hommes (Bebbington 2004, Morgan 2007)).

Ceci est probablement en grande partie expliqué par l'importante proportion des données manquantes ainsi que la distribution non égale de ces données manquantes entre les deux groupes (davantage de données manquantes chez les itinérants que chez les non itinérants). Par exemple, concernant les abus (toute forme confondue), le taux de données manquantes s'élève à 25%, concernant davantage le groupe des itinérants (30% chez les itinérants vs 24% des non itinérants). Il est possible que les données manquantes soient plus fréquentes chez les PEP qui n'ont pas voulu révéler ces abus à l'assistant de recherche ou à l'équipe traitante (par honte, douleur, peur de ne pas être compris, d'être jugé) ou ne se sont pas spontanément confiés à ce sujet à l'équipe traitante.

Dans la présente étude, il importe de soulever que les données manquantes sont plus nombreuses concernant les abus sexuels (37%), d'autant plus chez les jeunes itinérants (61% de données manquantes chez les itinérants vs 29% chez le non itinérants), ce qui explique, au moins partiellement, les faibles taux d'abus sexuels mesurés. Pour la proportion de patients qui n'ont pas participé à l'entrevue de recherche et qui n'ont donc pas été questionné sur le sujet (41%), ainsi que pour ceux qui n'auraient pas voulu répondre à ce type de questions, la collecte de données reposait sur la revue du dossier médical. Cependant, il est possible que ce type

d'abus soit moins questionné par les intervenants, d'autant plus qu'il est probablement non consigné systématiquement au dossier, dans une visée du respect de la vie privée, et finalement moins facilement rapporté par les jeunes, étant donné son caractère intime. Par ailleurs, il est possible que la perception de ce qu'est un abus sexuel puisse varier, et que certains jeunes puissent considérer qu'un tel abus implique nécessairement une relation sexuelle complète ou de la violence, et ne rapportent pas à leur équipe traitante, un abus passé qui ne rencontre pas ces critères par ignorance de la définition large d'abus ou la façon dont ils ont été accueillis dans leur passé quand ils en ont parlé.

Enfin, une dernière explication est que la cohorte de la présente étude comprenait davantage d'hommes (74%), surtout le groupe des jeunes avec histoire d'itinérance (89%). Les hommes étant moins à risque d'abus sexuels, le fait qu'ils soient majoritaires dans l'échantillon a certainement contribué au faible taux d'abus sexuels mesuré au sein de la cohorte entière, et d'autant plus chez le groupe des itinérants. Les abus sexuels représentent d'ailleurs le seul type d'abus pour lequel une différence significative existe entre les deux genres (7% des hommes vs 19% des femmes, malgré que la proportion de données manquantes soit équivalente entre les genres).

En résumé, dans notre cohorte, plusieurs données concernant les traumatismes dans l'enfance doivent être interprétées avec prudence et les taux rapportés peuvent être considérés comme sous-estimant la réalité, dans le contexte de l'importance des données manquantes, d'autant

plus que les proportions de données manquantes différaient entre les deux groupes d'intérêt (plus élevées chez le groupe des itinérants). Pour ces raisons, rappelons qu'aucune imputation (au niveau statistique) n'a été menée.

Cependant, une trouvaille importante est que les taux d'abus (toute forme d'abus confondue et pour chaque types d'abus pris séparément) sont plus élevés chez le groupe PEP avec histoire d'itinérance par rapport au groupe PEP sans histoire d'itinérance, ce qui est concordant avec une étude qui rapportait des taux d'autant plus élevés de traumatismes chez les personnes avec une combinaison de psychose et itinérance (Goodman 1995).

Les liens entre les traumatismes de l'enfance, la psychose et l'itinérance sont complexes (Berry 2007, Craig 1998, Debbané 2016). D'une part, les traumatismes précoces nuisent au développement d'un attachement sécure chez l'enfant (Bowlby 1969) et entraînent un niveau plus élevé de stress. Ceux-ci peuvent avoir des impacts sur le plan cognitif, notamment chez les jeunes prédisposé génétiquement pour la psychose (Lysaker 2001), et entrainer davantage de troubles psychiatriques, notamment des syndromes de stress post-traumatiques et des troubles liés à l'usage des substances (TLUS) (Kendler 2000). Ces troubles psychiatriques comorbides, notamment les TLUS, qui sont plus fréquents chez le groupe PEP avec itinérance de cette étude, sont associés à des risques accrus de développer de la psychose et aussi de l'itinérance. Aussi, au niveau psychologique, les difficultés de l'attachement (avec attachement insécure) peuvent se cristalliser en une certaine personnalité (Johnson 1999), impliquant

davantage d'anxiété et de méfiance dans les relations interpersonnelles, ce qui pourrait aussi augmenter la fragilité à développer de la psychose (Berry 2007) et de l'itinérance.

Enfin, une autre explication pourrait résider dans le fait que les troubles psychotiques sont en partie génétique. Ainsi, les jeunes présentant une plus grande vulnérabilité génétique, lorsqu'ils subissent les impacts de la psychopathologie d'un parent (menant à un risque accru de difficultés d'attachement et de traumatismes), sont encore plus à risque de développer des troubles psychotiques (tant le plan génétique qu'environnemental).

Ainsi, nos résultats indiquent qu'il est probable que les jeunes avec histoire d'itinérance aient vécu plus de stress (comparativement aux jeunes sans histoire d'itinérance) combiné à davantage de difficultés familiales, entraînant, d'une part, une acquisition moindre des habiletés fonctionnelles et sociales nécessaires et, d'autre part, moins de support en cas de difficultés (Gaetz 2016). Lors de l'émergence du trouble psychotique, leur fonctionnement devient d'autant plus altéré, minant leur autonomie, et il est moins probable qu'ils bénéficient du support de leur famille (tel que l'indiquent nos résultats), laquelle aurait pu compenser pour leurs difficultés, ou les supporter afin d'obtenir l'aide professionnelle appropriée. En l'absence de support adéquat, ces jeunes, confrontés à l'émergence de symptômes psychotiques, sont plus à risque de désaffiliation progressive et de se retrouver en situation d'itinérance.

Fonctionnement à l'admission

Contrairement à notre hypothèse, aucune différence significative n'apparaît dans le fonctionnement global à l'admission (GAF) entre les deux groupes. Les deux groupes avaient des scores au GAF sous les 40, ce qui est compatible avec la présence de symptômes psychotiques (scores sous 40) et comparable à d'autres études portant sur des PEP (Bergé 2016, Conus 2010, Cotton 2009, Petersen 2005).

Cependant, l'échelle GAF tient compte de plusieurs dimensions (symptomatologie, fonctionnement social et occupationnel), et le score est établi en fonction de la dimension la plus faible. À l'admission, les symptômes psychotiques étaient aigus, sévères et d'intensité similaires entre les deux groupes. Il est probable que les scores au GAF ont été davantage influencés par la symptomatologie (vs le fonctionnement socio-occupationnel) car il s'agissait de la dimension la plus faible à l'admission, ce qui explique probablement que les deux groupes aient obtenus des scores GAF similaires.

De façon concordante avec notre hypothèse, les jeunes avec histoire d'itinérance avaient un fonctionnement socio-occupationnel (score SOFAS) plus bas à l'admission, ce qui est certes compatible avec le fait d'être itinérant, qui abaisse d'emblée le score à 30. Le score au SOFAS des jeunes non itinérants est comparable à celui d'autres études chez des PEP (Conus 2010, Cotton 2009, Petersen 2005).

Il s'agit d'une première étude comparant la qualité de vie chez les jeunes PEP avec histoire d'itinérance par rapport à ceux sans histoire d'itinérance. Le niveau de la qualité de vie (mesurée par l'échelle QLS) était plus faible chez les jeunes PEP avec histoire d'itinérance comparé aux jeunes sans histoire d'itinérance (QLS=35.8 chez les itinérants vs 62.1 chez les non-itinérants). Il a été rapporté que la qualité de vie était corrélée aux symptômes psychotiques négatifs (Ho 1998) et dépressifs (Wegener 2005). Dans la présente étude, le groupe des itinérants a effectivement davantage de symptômes négatifs mais il n'y a pas de différence significative au niveau des symptômes dépressifs, que le groupe des non itinérants. Dans la présente étude, il est probable que l'itinérance elle-même, ainsi que plusieurs facteurs inhérents à l'itinérance, nuisent à la qualité de vie, par exemple la toxicomanie, un faible réseau de support social, de faibles revenus, moins d'emploi et des troubles judiciaires. Une étude a d'ailleurs démontré que, chez les individus avec TMS, le groupe des itinérants (comparé au groupe des non itinérants) avait une moins bonne qualité de vie, notamment dans les domaines de l'hébergement, des relations sociales et familiales, de l'emploi, des activités de la vie quotidienne ainsi que des problèmes judiciaires et de sécurité (Lehman 1995).

Symptomatologie à l'admission

De façon concordante avec notre hypothèse, basée sur la littérature chez les itinérants de tous âges avec troubles psychiatriques (Goodman 1995, Harrison 1994, Harvey 2002, Folsom 2005), davantage de jeunes PEP avec histoire d'itinérance ont reçu un diagnostic de psychose non-

affective (schizophrénie) vs un diagnostic de psychose affective (incluant les diagnostics de trouble schizo-affectif et trouble bipolaire). En effet, dans notre cohorte, près de la moitié des jeunes avec histoire d'itinérance présentent une schizophrénie, en faisant le diagnostic le plus fréquent, tandis que les jeunes sans histoire d'itinérance présentent majoritairement une psychose affective. Rappelons que la psychose non-affective (maladie du spectre de la schizophrénie) est généralement associée à un moins bon pronostic, à plus de troubles cognitifs et de symptômes négatifs et à de plus grandes lacunes sur le plan fonctionnel que la psychose affective (Díaz-Caneja 2015, Malla 2005, McGlashan 1984, Revier 2015, Schubert 2015).

À l'admission, contrairement à notre hypothèse, la sévérité de la maladie est similaire entre les deux groupes (CGI-S, score total au PANSS, symptômes positifs et généraux au PANSS, CDS) et aussi similaire à d'autres études portant sur des PEP (Bergé 2016, Conus 2010, Petersen 2005). La seule distinction entre les deux groupes de notre cohorte est que les jeunes avec histoire d'itinérance présentent davantage de symptômes négatifs (au PANSS), alors qu'il n'y a pas de différence statistiquement significative au niveau de leurs symptômes dépressifs (CDS). Il est possible que les deux groupes (itinérants vs non itinérants) étaient suffisamment malades pour qu'aucune autre différence ne soit détectable.

Comorbidités à l'admission

Il s'agit d'une première étude comparant la toxicomanie et les traits/troubles de personnalité du cluster B chez les jeunes PEP avec histoire d'itinérance par rapport à ceux sans histoire d'itinérance. De façon concordante avec notre hypothèse fondée sur la littérature et comparativement à ceux sans histoire d'itinérance, les jeunes avec histoire d'itinérance sont plus fréquemment aux prises avec un trouble de consommation de substances (75% des itinérants vs 45% des non itinérants, de la présente étude) et des traits/trouble de personnalité du cluster B (61% des itinérants vs 26% des non itinérants, de la présente étude), si bien que trois fois plus de jeunes avec vécu d'itinérance (54% des itinérants vs 16% des non itinérants, de la présente étude) présentent un triple diagnostic (psychose, toxicomanie et traits/trouble de personnalité du cluster B).

Il est rapporté que la toxicomanie est associée à l'itinérance, à la fois comme cause et comme conséquence (Johnson 2008, Martijn 2006, North 1998) ainsi qu'à la psychose (Lambert 2005, Lybrand 2009, Westermeyer 2006). Il n'est donc pas étonnant de retrouver ces taux élevés chez des jeunes qui ont à la fois de la psychose et un vécu de l'itinérance. Cependant, le devis de la présente étude ne permet pas de déterminer si la toxicomanie est une cause et/ou une conséquence de l'itinérance ou simplement un épiphénomène puisque la chronologie d'apparition de ces problématiques n'est pas documentée. Ceci est aussi concordant avec une étude menée à la même clinique, qui soulève que la sévérité de la toxicomanie, les traits ou

trouble de personnalité du cluster B ainsi que l'itinérance prédisent la persistance de la toxicomanie à deux ans (Abdel-Baki 2017).

Ces taux élevés de comorbidités sont importants étant donné leur association avec une évolution moins favorable (Abdel-Baki 2017, Díaz-Caneja 2015, Lambert 2005) et qu'ils amènent davantage de défis dans la prise en charge (Caton 1995).

Évolution à deux ans

Voir tableau II et figures 3 et 4.

Il s'agit d'une première étude comparant l'évolution clinique et fonctionnelle des jeunes PEP avec histoire d'itinérance par rapport à ceux sans histoire d'itinérance, démontrant que les jeunes PEP ayant été itinérants connaissent une évolution moins favorable.

Évolution globale à 2 ans

Au cours du suivi, de façon concordante avec notre hypothèse, le fonctionnement global (mesuré par l'échelle GAF) s'est amélioré au sein des 2 groupes de façon comparable à d'autres études portant sur des PEP (Bergé 2016, Conus 2010, Petersen 2005). Bien que, lors de l'épisode inaugural, aucune différence statistiquement significative n'a été mise en évidence entre les 2 groupes concernant le score à l'échelle GAF (le score GAF étant probablement très

influencé par le niveau élevé de symptômes psychotiques), les jeunes avec histoire d'itinérance connaissent une évolution globale moins favorable, tant au niveau fonctionnel que symptomatique. Bien que le fonctionnement global (GAF) du groupe des jeunes sans histoire d'itinérance soit similaire à d'autres études de cohorte de PEP (Bergé 2016, Conus 2010, Petersen 2005), celui du groupe avec vécu d'itinérance est plus faible. De plus, les deux tiers des jeunes avec histoire d'itinérance présentent une atteinte sévère du fonctionnement global (GAF \leq 50) versus un tiers des jeunes sans histoire d'itinérance. Cette différence s'explique notamment par le fait que, bien que leur situation d'hébergement se soit généralement stabilisée, une plus grande proportion est dépourvue d'occupation productive, de revenus indépendants, d'un réseau social supportant et demeure aux prises avec une symptomatologie plus sévère (tel que démontré par les autres mesures).

Évolution clinique à 2 ans

(Voir tableau II et figure 3)

Lors de l'admission, les jeunes avec histoire d'itinérance présentent une sévérité des symptômes psychotiques similaire aux autres, hormis pour les symptômes négatifs qui étaient plus sévères (voir tableau 1). Cependant, au fil du suivi, ils se distinguent par une plus grande sévérité des symptômes psychotiques, tant généraux, positifs et négatifs, dont la composante prédominante demeure les symptômes négatifs, alors qu'il n'y a pas de différence statistiquement significative au niveau des symptômes dépressifs entre les 2 groupes.

Bien que le devis actuel ne permette d'en faire la distinction, une sévérité accrue des symptômes psychotiques au sein du groupe des itinérants peut être expliquée par plusieurs facteurs, qui sont aussi interconnectés. Par exemple, la nature même du trouble psychotique (davantage de psychose non affective que de psychose affective), davantage de comorbidités (notamment la toxicomanie), un fonctionnement pré-morbide plus faible, un bagage plus important de stressseurs psycho-sociaux passés (adversité dans l'enfance), ainsi qu'une situation de vie actuelle plus stressante (due par exemple à une instabilité de l'hébergement, une précarité au niveau des revenus et de l'emploi, un réseau social ténu) peuvent tous contribuer à une sévérité accrue de la maladie (Díaz-Caneja 2015, Malla 2005, Harrison 2001).

Tel que conceptualisé par le modèle vulnérabilité-stress (Zubin 1977), chaque individu présente un degré de vulnérabilité variable au déclenchement d'un trouble psychotique, expliquée notamment par une certaine prédisposition génétique, sur laquelle se greffent des sollicitations environnementales précoces (ex. traumatismes dans l'enfance) et des stressseurs plus tardifs (ex. évènements stressants quotidiens, consommation de drogues). Les jeunes ayant un vécu d'itinérance présentent un bagage traumatique plus lourd, davantage de stressseurs tardifs (instabilité résidentielle, précarité financière et professionnelle, toxicomanie, judiciarisation), combiné à moins de facteurs protecteurs (niveau de scolarisation plus faible, réseau de support social ténu). Il n'est donc pas étonnant de constater que la sévérité de leur trouble psychotique soit plus élevée à 2 ans.

Évolution fonctionnelle à deux ans

(Voir tableau II et figure 4)

À deux ans, de façon concordante avec notre hypothèse, les jeunes avec histoire d'itinérance présentent un moins bon fonctionnement socio-occupationnel, bénéficient d'un moins grand réseau de support social et ont une moins bonne qualité de vie. En effet, les deux tiers des jeunes avec histoire d'itinérance reçoivent de l'aide financière gouvernementale de dernier recours (vs le quart des jeunes sans histoire d'itinérance), seulement le tiers des jeunes avec histoire d'itinérance bénéficient de revenus d'un emploi (vs plus de la moitié des autres PEP) et aucun ne reçoit l'aide financière de sa famille (vs près d'un quart des autres PEP). La moitié des jeunes avec histoire d'itinérance n'ont aucune occupation productive (ni travail ni étude), alors qu'un peu moins du quart des jeunes sans histoire d'itinérance se trouvent dans la même situation.

Ainsi, ces différences dans l'évolution, tant au niveau fonctionnel que symptomatique, sont consistantes avec le fait que plusieurs facteurs de moins bon pronostic (Díaz-Caneja 2015, Malla 2005, Harrison 2001, Schubert 2015, Revier 2015) soient présents à l'admission au sein du groupe PEP avec vécu d'itinérance, notamment le genre masculin, une scolarisation moindre, un fonctionnement socio-occupationnel pré-morbide plus faible, de l'adversité dans l'enfance, un réseau de support social ténu, des problèmes légaux, une psychose non-affective (schizophrénie), une symptomatologie négative plus sévère et des TLUS.

Comorbidités

(Voir tableau II)

Quoique les jeunes PEP avec histoire d'itinérance soient plus nombreux à présenter un trouble lié à l'utilisation de substances (TLUS) à l'admission, la proportion des jeunes présentant une problématique de toxicomanie diminue au fil du temps et le taux de jeunes dont le TLUS persiste est la même dans les 2 groupes, soit un peu plus du trois quarts. Ainsi, à deux ans, les jeunes avec histoire d'itinérance demeurent plus nombreux à présenter une toxicomanie, tout comme à l'admission, bien qu'une proportion similaire se soit améliorée au niveau du TLUS. Ces taux de TLUS sont assez similaires à ceux rapportés chez une cohorte de 625 PEP où la persistance est estimée à 65% (62% à l'admission, diminuant à 41% à 18 mois) (Lambert 2005).

Cependant, ces taux élevés devraient être l'objet d'une attention clinique particulière, surtout dans le contexte où les TLUS ont été associés à une plus faible adhésion au traitement, davantage de rechutes, une évolution symptomatique et fonctionnelle moins favorable et des taux accrus de suicide (Abdel-Baki 2017, Bickley 2005, Díaz-Caneja 2015, Lambert 2005, Lybrand 2009, Westermeyer 2006).

Décès

Deux jeunes adultes, un homme et une femme, sont décédés dans les deux premières années de leur suivi, tous deux par suicide. Ils avaient tous deux vécu de l'itinérance, souffraient de

schizophrénie et de toxicomanie (alcool, cannabis, amphétamines chez les deux). La jeune femme présentait en plus un TLU de la cocaïne, des traits/trouble de personnalité du cluster B et avait un historique traumatique infantile.

Ces deux jeunes présentaient des facteurs de risque connus pour le suicide, notamment un diagnostic de schizophrénie, de la toxicomanie (impliquant plusieurs substances) et de l'itinérance (Challis 2013, Nordentoft 2015). Rappelons que le suicide est la complication la plus grave de la psychose, son risque étant accru dans la première année de la maladie (Nordentoft 2015), et les cliniques d'intervention précoce spécialisées en PEP en vise la réduction.

Traitements

(Voir tableau II)

Les jeunes avec histoire d'itinérance sont plus nombreux à recevoir un traitement comprenant un antipsychotique à action prolongée (APAP), probablement en partie parce qu'ils font preuve de moins d'assiduité dans la prise de leur traitement par voie orale. Toutefois, les doses prescrites des traitements antipsychotiques sont similaires entre les 2 groupes.

Cependant, ils font plus fréquemment l'objet d'une autorisation de soins octroyée par la cour (traitement et/ou hébergement). Rappelons que cette démarche est effectuée par l'équipe

traitante lorsqu'un patient refuse le traitement requis par son état de santé alors qu'il est jugé incapable de faire un choix éclairé et rationnel par rapport à ce traitement à cause de sa maladie, (par exemple trop envahi par les symptômes psychotiques altérant son jugement et/ou ayant un manque d'autocritique avec une non-reconnaissance de la maladie). La majorité des patients sous autorisation de soins contre le gré bénéficient de traitement antipsychotique à action prolongée (APAP) sous forme injectable. Les patients sous traitements injectables (qu'ils soient sous ordonnance de traitement ou non) bénéficient d'un suivi généralement plus fréquent et plus régulier (évaluation faite par l'infirmier lorsque l'injection est donnée) et les cas de non adhésion au traitement sont immédiatement connus de l'équipe traitante.

À ce jour, la clozapine est l'antipsychotique détenant la meilleure efficacité (Davis 2003), indiquée dans le traitement de la psychose, notamment en cas de résistance des symptômes, d'effets secondaires neurologiques induits par un traitement antipsychotique antérieur, de comportements suicidaires et de toxicomanie (Drake 2000). Bien que les jeunes PEP avec vécu d'itinérance aient plus souvent des indications de traitement avec la clozapine, les taux sont similaires entre les groupes (6% de la cohorte (8/134)). La prise exclusivement par voie orale et les bilans sanguins réguliers (exigés par le réseau de surveillance des effets secondaires) en limitent possiblement l'utilisation chez le groupe des itinérants, surtout dans le contexte où des risques importants sont associés si la prise n'est pas assidue. Ces taux se comparent à l'utilisation rapportée au Québec, se situant entre 4 et 9% (Latimer 2013).

L'adhésion au traitement est comparable entre les deux groupes (non adhésion de l'ordre de 4% chez la cohorte entière (7/167)), compte tenu que ceux recevant des APAP au cours du suivi (70% (26/37) des itinérants, vs 27% (26/97) des non itinérants) sont considérés fidèles s'ils se présentent à leurs rendez-vous d'injection, qu'ils fassent ou non l'objet d'une autorisation de soins contre le gré par la cour (46% (17/37) des itinérants, vs 12% (12/97) des non itinérants).

Les taux de non-adhésion sont faibles, comparativement à ce qui est rapporté dans la littérature. Par exemple, une étude portant sur les PEP estime que la non adhésion concerne 50-66% des jeunes, utilisant cependant une différente définition de la non adhésion (décrite comme étant un arrêt de la médication d'une semaine et plus) et ne faisant pas mention des taux d'autorisations de soins par la cour (Conus 2010). Une étude rétrospective de 15 ans chez une cohorte de 290 personnes en situation d'itinérance et avec un trouble de santé mentale (71 % avait un diagnostic de schizophrénie et 11% de trouble bipolaire), révèle un ratio de possession de 41%. Les antipsychotiques injectables étaient associés à une meilleure adhésion au traitement, alors qu'une plus longue durée d'itinérance associée à une moins bonne fidélité (Rezansoff 2016). Dans notre étude, il est probable que ces taux élevés d'adhésion au traitement, comparables entre les deux groupes, soient expliqués principalement par un grand nombre d'autorisations de soins octroyées par la cour chez les jeunes présentant une problématique d'adhésion au traitement, accrue chez le groupe avec itinérance, associé à un suivi avec rappels et relances de la part des intervenants.

Utilisation des services

(Voir figure 5)

Par ailleurs, les jeunes avec histoire d'itinérance nécessitent davantage les services psychiatriques intra-hospitaliers, tel qu'illustré par un nombre plus élevé d'hospitalisations et un nombre total de jours d'hospitalisation plus élevé. Au cours des deux années de suivi, une proportion plus faible des jeunes avec vécu d'itinérance n'ont pas connu de ré-hospitalisation (après la première hospitalisation) (23% du groupe des jeunes avec itinérance vs 64% du groupe sans itinérance). La plus grande utilisation des services d'hospitalisation est certainement le reflet d'une symptomatologie plus sévère, combinée à une latence du congé hospitalier (malgré la fin des soins actifs) dans le contexte d'absence d'hébergement stable et adéquat pour offrir l'encadrement nécessaire et le support à l'autonomie requis par leur état. Plus particulièrement chez les jeunes sous ordonnance d'autorisation de soins (impliquant une obligation du traitement du trouble psychiatrique, souvent assortie d'une obligation d'hébergement), l'équipe traitante du centre hospitalier a l'obligation de s'assurer de la présence et du maintien d'un hébergement adéquat.

Cependant, il importe de souligner un nombre accru de visites à l'urgence chez le groupe des itinérants (0.68 vs 0.39, $p=0.044$), possiblement en partie, en lien avec davantage de toxicomanie (sevrages, intoxications avec exacerbation des symptômes psychotiques ou thymiques), une plus grande sévérité des symptômes, combinés à un support familial moindre,

offrant moins de possibilités d'encadrer et de contenir la consommation de drogues et les exacerbations symptomatiques.

5.2 Retombées

D'abord, cette étude a permis de quantifier plus précisément la prévalence de l'itinérance chez une cohorte de PEP dans un milieu urbain (centre-ville de la métropole québécoise, qu'est Montréal). En effet, une proportion plus importante que celle précédemment rapportée a connu de l'itinérance et l'est demeurée pendant plusieurs semaines/mois, malgré des soins intensifs psychosociaux et médicaux offerts et des traitements médicamenteux comparables.

Un portrait des caractéristiques des jeunes avec PEP avec vécu d'itinérance a pu être dressé, ce qui pourrait permettre d'identifier davantage les jeunes à risque d'itinérance, mais aussi d'adapter les interventions auprès d'eux. Par exemple, les taux élevés de traumatismes dans l'enfance impliquent certainement de plus grandes difficultés à faire confiance dans une relation (Berry 2006). Pour le clinicien et les intervenants, cela indique que l'alliance devra être tissée avec d'autant plus de sensibilité et de délicatesse, d'autant plus que la formation d'une alliance thérapeutique solide est un facteur influençant le pronostic chez les personnes souffrant de psychose (Frank 1990).

Une proportion importante des jeunes avec histoire d'itinérance a un triple diagnostic, impliquant de plus grands défis au niveau de la prise en charge. Cependant, il faut souligner que des taux comparables de jeunes cessent la consommation problématique, suggérant un potentiel similaire que chez les PEP non–itinérants de traiter la toxicomanie. Il est primordial d’adresser la problématique de la toxicomanie car il s’agit d’un facteur associé à l’itinérance (Abdel-Baki 2017), pouvant parfois en être une cause (Johnson 2008), d’autant plus que les résultats de la présente étude démontrent que la toxicomanie est un facteur potentiellement modifiable, tendant à diminuer au fil du temps. De plus, l’arrêt de la toxicomanie chez les PEP, serait un facteur améliorant l’évolution alors que sa persistance assombrit l’évolution (Abdel-Baki 2017).

Dès l'admission à la clinique, les jeunes avec histoire d'itinérance présentent plusieurs caractéristiques associées à un pronostic moins favorable. Enfin, il appert que les jeunes avec histoire d'itinérance évoluent moins favorablement, tant au niveau fonctionnel que symptomatique, nécessitant davantage de services d'hospitalisation, et ce malgré l'intensité élevée du suivi ainsi que des traitements antipsychotiques au moins équivalents. Il importe de mentionner que les taux de traitement à la clozapine sont assez faibles, alors qu’il s’agit du traitement antipsychotique de choix, notamment en cas de psychose sévère et résistante, de toxicomanie et de risque suicidaire. Certes, des enjeux pratiques en limitent parfois la prescription, mais certaines mesures d’encadrement du traitement sont parfois applicables afin de rendre ce traitement sécuritaire.

Les résultats de la présente étude ont été présentés dans divers congrès nationaux, internationaux, aux décideurs du système de santé, tant aux niveaux local que provincial, ainsi que lors de présentations de formation continue auprès des équipes de psychiatrie du CHUM, et plus spécifiquement à l'équipe de la Clinique JAP où l'étude a eu lieu. Ces constats ont mené à la création de l'équipe spécialisée EQIP SOL (équipe d'intervention intensive de proximité), ciblant la population des jeunes PEP présentant de l'itinérance (ou à risque d'en présenter) et de troubles concomitants de santé mentale et de toxicomanie, identifiés par la présente étude. L'équipe a pour objectifs la détection précoce des troubles de toxicomanie et de santé mentale sévères chez les jeunes itinérants, l'amélioration de l'accessibilité aux traitements en psychiatrie et toxicomanie, visant la réadaptation et la réinsertion sociale, l'amélioration de la continuité des services offerts en collaboration avec les organismes communautaires. Le but ultime est de stabiliser leur situation, tant sur les plans de l'hébergement, de la santé mentale et physique et de la consommation, afin de réduire les complications physiques, psychologiques et sociales inhérentes aux comorbidités psychiatriques, à la toxicomanie et à l'itinérance. Une étude a d'ailleurs été amorcée afin de mesurer les impacts de l'ajout de cette équipe sur la persistance de l'itinérance et l'évolution de ces jeunes (Doré-Gauthier 2016).

5.3 Forces et limitations

5.3.1 Forces

À notre connaissance, cette étude est la première étude décrivant l'itinérance de façon longitudinale chez une cohorte quasi représentative de tous les PEP, incluant les jeunes adultes avec PEP recrutés au même stade de leur maladie (le plus près du début de la maladie et au tout début du traitement tel que suggéré par Häfner (2000) et provenant d'une zone de desserte définie, soit le Centre-Sud de Montréal (centre-ville d'une métropole Nord-Américaine), minimisant ainsi les biais de sélection. De plus, le volet de recherche rétrospective par revue de dossier, portant sur la portion de la cohorte ayant refusé de participer à la recherche (13% de l'échantillon initial) ou ayant refusé les entrevues de recherche (23% de l'échantillon initial), assure une description plus globale et représentative, incluant des sujets qui ne font habituellement pas partie des études avec protocole exclusivement prospectif par entrevues. Aussi, l'attrition de 19.8% assure un tableau d'évolution à deux ans qui est globalement représentatif.

De plus, la définition de l'itinérance de la présente étude, suffisamment inclusive, permet une évaluation plus juste de la problématique et non seulement de l'itinérance plus « sévère » ou « extrême ». Aussi, la cueillette des épisodes d'itinérance a été conduite de façon longitudinale, rétrospective et prospective, lors des entrevues et complétée par une revue de dossiers,

minimisant ainsi le risque d'exclusion de cas d'itinérance « cachée », via des biais de réponse, par exemple dus à la désirabilité sociale ou des oublis.

Aussi, cette étude a permis la mesure de plusieurs différentes dimensions liées à l'évolution, incluant l'hébergement, les occupations (travail ou études), le fonctionnement global et socio-occupationnel dont la qualité de vie, la sévérité et les symptômes de la maladie, les traitements reçus et l'utilisation des services. En effet, il a été décrit que les différentes dimensions d'évolution peuvent différer dans leur évolution et n'être que faiblement corrélées (Carpenter 1991).

5.3.2 Limitations

Généralisation

Une première limitation réside dans le fait que cette étude portait seulement sur les jeunes avec PEP traités dans une clinique du centre-ville de Montréal, dont le bassin de desserte inclus les refuges pour itinérants, la station centrale d'autobus intercity, avec un taux plus élevé de personnes en situation d'itinérance. La généralisation des résultats à d'autres cohortes de jeunes PEP devrait donc se faire avec prudence du moins pour ce qui est des prévalences mais aussi possiblement de l'évolution. Il est possible que cette population d'itinérants (dont une proportion ont migré de régions à l'extérieur de Montréal vers le Centre-ville de celle-ci) soit différente de jeunes PEP en région rurale ou semi-rurale qui vivraient une situation

d'itinérance. En effet, les jeunes itinérants provenant de quartiers différents de Montréal ou d'autres villes présenteraient possiblement un profil différent, notamment au niveau de la consommation d'alcool et de drogues, d'exposition à la criminalité organisée (gang de rue, etc).

Aussi, tous les jeunes de cette étude ont reçu des traitements d'une clinique spécialisée en intervention précoce intensive pour PEP, on ne peut donc généraliser ces résultats à des jeunes qui recevraient des traitements « standards » (par exemple par un médecin psychiatre en clinique externe sans équipe interdisciplinaire avec un bas ratio de patients par intervenant comme c'est le cas à la Clinique JAP du CHUM, tel que suggéré par les lignes directrices (Association canadienne de psychiatrie 2005)). Il est fort probable que l'évolution de l'itinérance soit différente sans la disponibilité d'une telle équipe. Toutefois, il est aussi probable qu'en région rurale ou semi-rurale, le tissu communautaire soit plus supportant pour encadrer un jeune présentant un PEP s'étant retrouvé en situation d'itinérance secondairement à sa maladie.

Taille de l'échantillon

Pour certaines analyses, une taille d'échantillon réduite, expliquée notamment par des taux élevés de données manquantes chez les patients refusant de participer aux entrevues de recherche (p. ex. : PANSS, QLS, CDS), parfois combinées à des distributions aux écarts-type

importants, a eu comme conséquence une plus faible puissance statistique, nuisant à la détection de potentielles différences entre les groupes.

Durée de suivi

La durée de suivi de deux ans a été déterminée en partie par convenance afin d'avoir un échantillon de patients assez grand, ayant terminé un certain nombre d'années de suivi suffisant pour pouvoir bien documenter l'évolution et aussi le comparer à d'autres études sur les PEP qui ont généralement une durée de 2 ans. Bien que la durée de suivi soit comparable à celle d'autres études de PEP (Harrison 2001, Barnes 2000, Bergé 2016, Petersen 2005) et bien qu'il ait été décrit que l'évolution à court terme prédise l'évolution à long terme (Harrison 2001), il sera pertinent de prolonger cette étude, au moins sur une période de 5 ans, et ce afin de couvrir la période critique décrite comme étant cruciale dans l'évolution des troubles psychotiques (Birchwood 1998) afin de pouvoir documenter s'ils continuent de s'améliorer au niveau fonctionnel et symptomatique. Particulièrement au sein du groupe des itinérants, certains changements dans l'évolution pourraient être plus lents à survenir, s'expliquant notamment par un passé psycho-social chargé d'éléments traumatiques, ainsi que de l'instabilité en hébergement récente qui limite les possibilités de fonctionnement occupationnel. Chez les jeunes avec épisode d'itinérance dont au moins le tiers aurait connu un placement alors qu'un peu plus du tiers aurait vécu de la négligence, il est possible que l'acquisition des habiletés de fonctionnement de base et sociales ait pu être limitée. De plus, la stabilité en hébergement à l'âge adulte est un quasi sine qua non d'une progression ultérieure

au sein des autres domaines. Par exemple, l'occupation d'un emploi, l'implication dans des études, la construction et le maintien de relations sociales ou l'implication dans le traitement d'une maladie psychiatrique et de ses comorbidités peuvent s'avérer presque impossible en l'absence de domicile fixe. Ainsi, il est possible que le pronostic à long-terme s'améliore davantage lorsqu'une stabilité résidentielle est acquise, ce qui risque de prendre plus de temps que les deux ans de la présente étude.

Itinérance

L'itinérance ayant été collectée en partie de façon rétrospective, on ne peut exclure l'existence de cas d'itinérance omis. En effet, bien que les jeunes avec une période d'itinérance de plusieurs semaines sont aisément identifiables, ceux vivant davantage de précarité, avec instabilité du logement, ou encore étant sans abris pour une très courte durée, auraient pu être sous identifiés. Il aurait été optimal que la durée de l'itinérance soit collectée sous forme de jours, plutôt que de façon catégorielle. Une variable continue aurait certainement dotée les analyses d'une sensibilité accrue, notamment dans les analyses sur la prolongation et la persistance de l'itinérance ainsi que celles portant sur la prédiction de l'évolution. Cependant, dans le cadre de cette étude, ceci n'aurait pas été possible étant donné qu'une partie de la collecte fût rétrospective, impliquant des limitations dans la précision des sources d'information intéressant la durée des périodes d'itinérance.

Traumatismes de l'enfance

Les traumatismes de l'enfance ont été collectés en grande partie de façon rétrospective dans le contexte où ces données ne faisaient pas partie du protocole initiale de l'étude mère et ont été ajoutées pour les besoins de la présente étude. Chez une partie des patients, notamment ceux refusant les entrevues cliniques, la collecte de ces données a été exclusivement rétrospective, à l'aide de la revue des dossiers et de discussions avec intervenants et proches impliqués. Bien que l'utilisation de toute l'information collatérale disponible ait aidé à compléter la collecte des données, il persiste une proportion importante de données manquantes (25%), pour laquelle aucune imputation statistique ne fût exercée. D'abord, dans le contexte de la nature catégorielle des variables, il aurait été délicat d'utiliser des techniques d'imputation. De plus, il est permis de croire que la distribution des traumatismes au sein des sujets avec données manquantes puisse être différente de celle du reste de l'échantillon (sans données manquantes). Certains facteurs venant limiter l'accès à l'information collatérale peuvent aussi être reliés au vécu traumatique lui-même. Par exemple, une moins bonne alliance entre le patient et ses intervenants, une implication limitée ou absente de la famille ou une collaboration plus ardue entre la famille et les intervenants peuvent sous-tendre un dysfonctionnement familial et limitent aussi l'accès à l'information collatérale. Ainsi, les taux d'abus dans l'enfance doivent être interprétés comme minimaux.

Trouble de personnalité

Le diagnostic de traits et trouble de personnalité ne s'appuie pas sur une entrevue diagnostique ni sur un questionnaire, et ce dans le contexte d'une faible tolérance des jeunes à une longue entrevue de recherche. Une limitation de la présente méthodologie de collecte de donnée (sur dossier) est qu'aucune distinction n'ait été faite entre la présence de traits par rapport à celle d'un trouble de personnalité dans certains cas, puisque la précision de l'information au dossier ne permettait pas toujours de déterminer le nombre de critères diagnostics présents ou de distinguer l'intensité de l'atteinte du fonctionnement ni de discerner si cette atteinte était tributaire de la personnalité, de la psychose ou de la toxicomanie, Or, par définition, un trouble nuit au fonctionnement alors que des traits ne l'altèrent pas de façon significative (DSM-IV-TR).

De plus, quoiqu'il aurait été intéressant de distinguer les différents troubles de personnalité en sous-catégories diagnostiques, ceux-ci pouvant avoir des implications différentes, notamment sur le fonctionnement et le traitement, la présente méthodologie ne permettait pas de le faire avec assez de précision. Aussi, comme le trouble de personnalité antisociale est davantage rapporté chez les itinérants dans la littérature (Caton 1994, Caton 1995, Fournier 2001), il aurait été intéressant de différencier un réel trouble de personnalité antisociale de comportements antisociaux, pouvant s'inscrire par exemple dans un trouble lié à l'utilisation de substances et se résorber lorsque le TLU est traité, ou dans une présentation pseudo-psychopathique de la schizophrénie ou de comportement antisociaux liés à la survie dans la rue (larcins, etc).

Utilisations de services

L'utilisation de service ne comprenait pas de mesure des rendez-vous externes, bien que cela aurait été pertinent, permettant de comparer la fidélité aux rendez-vous et si une intensité plus élevée de suivi externe était nécessaire chez les PEP avec itinérance mais également si une plus grande intensité permettait de limiter le nombre d'hospitalisations et leur durée, les consultations à l'urgence ou d'améliorer de façon plus significative le pronostic.

Mesures de l'évolution

Une autre limitation de cette étude repose sur le choix des instruments globaux (échelle de GAF, SOFAS, CGI-S) pour décrire l'évolution clinique et fonctionnelle. Bien qu'elles soient validées auprès de troubles psychiatriques hétérogènes, rapides à remplir, qu'il soit possible de les compléter par l'information du dossier médical et qu'elles ne nécessitent pas d'entrevue avec la participation du patient, ces échelles comportent le désavantage d'être peu sensibles aux petits changements et d'être influencées drastiquement par certaines conditions, notamment l'itinérance (score<30), la présence de symptômes psychotiques (score<40) ainsi que l'incapacité à occuper un emploi (score<50). De plus, pour le GAF et le SOFAS, les catégories couvrent une tranche de 10 points, sans balise supplémentaire pour guider l'évaluateur à l'intérieur de cet écart. Alors que l'échelle GAF intègre à la fois le niveau de sévérité des symptômes et le niveau de fonctionnement socio-occupationnel, l'échelle SOFAS se limite au niveau de fonctionnement socio-occupationnel. Enfin, les scores au GAF et au SOFAS reflètent la sphère la plus atteinte, donnant lieu à une évaluation davantage pessimiste

plutôt que moyenne. Par exemple, si un patient a des symptômes psychotiques résiduels mais qu'il est capable de maintenir un travail, le score au GAF sera tout de même sous 40, alors que le SOFAS, qui ne tient pas compte des symptômes, devrait être supérieur à 51.

De plus, une des limitations principales de ces mesures de l'évolution par les échelles GAF et SOFAS est qu'elles sont toutes deux drastiquement influencées par la stabilité en hébergement, laquelle représente nécessairement un enjeu crucial pour les jeunes avec histoire d'itinérance. Ainsi, il aurait été préférable d'utiliser l'échelle de GAF modifiée, se limitant à la sphère symptomatique et d'utiliser le SOFAS pour la sphère socio-occupationnelle. Ceci aurait eu l'avantage de discriminer la sphère atteinte avec plus de précision. Mieux encore, une grille telle que la *Life skills profile* (Rosen 1989), antérieurement utilisée chez les personnes itinérantes avec psychose (Freeman 2004), aurait offert davantage de précision dans l'évaluation des habiletés fondamentales de la vie quotidienne et domestique.

Variables confondantes

Certaines variables bien documentées dans la littérature comme étant associées au pronostic ont été omises dans la présente étude, et peuvent ainsi être potentiellement confondantes. Par exemple, la durée de la psychose non traitée, le pourcentage de temps passé avec des symptômes psychotiques durant les 2 premières années de la maladie et le fonctionnement cognitif (Díaz-Caneja 2015, Harrison 2001, Malla 2005). Ces mesures n'ont pas été incluses dans

le protocole étant donné d'importantes difficultés sur le plan méthodologique, notamment en termes de durée requise pour la passation des questionnaires.

En effet, une évaluation cognitive requiert la participation active et soutenue des patients, alors qu'ils présentent souvent des difficultés venant limiter leur participation (par exemple, au niveau de l'attention, motivation et la persévérance). Ainsi, il est probable que les sujets réussissant à compléter cette évaluation n'auraient pas formé un échantillon représentatif de l'ensemble de la cohorte, ayant pour effet de limiter la validité interne des résultats. Enfin, le taux de données manquantes aurait probablement été élevé, venant ainsi limiter la puissance lors des analyses. En effet, le protocole d'étude de suivi longitudinal de la Clinique JAP incluait une évaluation cognitive à l'aide du CANTAB. Toutefois, une proportion élevée de patients refusaient de la compléter, ou la complétaient seulement la première année. Ainsi, cette mesure fut exclue du protocole étant donné la proportion trop importante de données manquantes et l'investissement important nécessaire à sa complétion.

Bien que l'utilisation du niveau de scolarisation puisse en être un indicateur indirect (en nombre d'années complétées de scolarité), l'évaluation cognitive aurait été pertinente, notamment parce qu'il s'agit d'une composante symptomatique importante de la maladie psychotique et parce qu'un faible niveau de fonctionnement cognitif est davantage associé à la psychose non affective, à la symptomatologie négative plutôt que positive, à l'itinérance (Malla

2005) ainsi qu'à des traumatismes dans l'enfance (Aas 2014). Il s'agit donc d'une variable confondante, associée à plusieurs autres variables.

Tel que mentionné, une autre variable non mesurée dans la présente étude, potentiellement confondante, est la durée de la psychose non traitée (DPNT). Malgré une certaine variabilité des résultats, certaines études révèlent qu'une longue durée de psychose non traitée est associée à une évolution moins favorable chez les PEP et à de plus grandes difficultés sur le plan cognitif et possiblement à un début plus insidieux de la maladie psychotique (Barnes 2000, Díaz-Caneja 2015, Malla 2005). Elle aurait été pertinente, d'autant plus qu'elle pourrait contribuer à l'itinérance, soit comme cause et/ou comme conséquence. Toutefois les échelles ou questionnaires visant à estimer la DPNT de façon rétrospective sont longs, complexes et nécessitent souvent la contribution d'informateurs collatéraux, tels que les membres de la famille.

Liens de causalité

Enfin, la présente étude ne permet pas d'inférer sur les liens de causalité complexes existant entre l'itinérance, la psychose et les autres facteurs qui y sont associés.

6. Conclusion

Cette étude a permis de déterminer qu'environ le quart des jeunes avec un PEP au Centre-ville de Montréal, ont vécu de l'itinérance, et que plus de la moitié en ont vécu pour plus de 6 mois. Ces jeunes avec histoire d'itinérance présentent à l'admission des caractéristiques liés à un pronostic défavorable, notamment une scolarisation moindre, davantage de psychose non-affective et de troubles liés aux substances. Ils ont une moins bonne évolution symptomatique et fonctionnelle à deux ans, bien qu'ils bénéficient de traitements au moins équivalents.

La psychose, les troubles de personnalité et la toxicomanie sont fréquemment intriquées et partagent certaines origines communes, notamment les traumatismes dans l'enfance. Ces problématiques s'entretiennent et sont toutes associées à l'itinérance, laquelle contribue aussi à les entretenir, voire à les exacerber.

Certaines problématiques sont modifiables, par exemple la stabilité en hébergement, la scolarisation, le réseau de support social et la toxicomanie. Étant donné que ces problématiques sont inter-reliées, le fait de les adresser en même temps au sein d'une prise en charge intégrée offre plus de chance de réussite (Lybrand 2009). Cependant, cette prise en charge doit être spécifique afin de répondre aux besoins réels de ce groupe particulièrement vulnérable. Étant donné les taux élevés de vécu traumatique/abusif passé, l'alliance revêt d'une importance capitale.

L'ÉQUIPE SOL a vu le jour à l'hiver 2012 et elle se greffe désormais à la clinique JAP du CHUM. Cependant, les jeunes inclus dans la présente étude ne bénéficiaient pas de cette équipe, leur suivi à la clinique JAP ayant été antérieur.

L'ÉQUIPE SOL est une équipe d'intervention intensive de proximité qui a pour mission d'aider les jeunes qui sont itinérants ou à risque de le devenir et qui présentent aussi un trouble mental sévère compliqué d'une toxicomanie. L'intervention se veut intensive, globale, intégrée dans le milieu, visant à détecter et traiter les problématiques de santé mentale, stabiliser la consommation, stabiliser l'hébergement et permettre une réintégration aux activités productives. Elle vise aussi à diminuer les complications physiques, psychologiques et sociales de l'itinérance associée à une double problématique de santé mentale.

Il est permis d'espérer que ceci permettrait d'améliorer l'évolution de ces jeunes, et éventuellement de diminuer la morbidité et mortalité.

Bibliographie

- Aas M, Dazzan P, Mondelli V, Melle I, Murray RM, Pariante CM. A systematic review of cognitive function in first-episode psychosis, including a discussion on childhood trauma, stress, and inflammation. *Front Psychiatry. Frontiers*; 2014 Jan 8;4:182.
- Abdel-Baki A, Ouellet-Plamondon C, Salvat É, Grar K, Potvin S. Symptomatic and functional outcomes of substance use disorder persistence 2 years after admission to a first-episode psychosis program. *Psychiatry Res.* 2016 ed. 2017 Jan;247:113–9.
- Addington D, Addington J, Maticka-Tyndale E, Joyce J. Reliability and validity of a depression rating scale for schizophrenics. *Schizophr Res.* 1992 Mar;6(3):201–8.
- Alvarez-Jimenez M, Priede A, Hetrick SE, Bendall S, Killackey E, Parker AG, et al. Risk factors for relapse following treatment for first episode psychosis: a systematic review and meta-analysis of longitudinal studies. *Schizophr Res. Elsevier*; 2012 Aug;139(1-3):116–28.
- Association AP. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 4th edition. Washington (DC): American Psychiatric Publishing; 2000.
- Association CP. Clinical practice guidelines. Treatment of schizophrenia. *Can J Psychiatry.* 2005 Nov;50(13 Suppl 1):7S–57S.
- Babidge NC, Buhrich N, Butler T. Mortality among homeless people with schizophrenia in Sydney, Australia: a 10-year follow-up. *Acta Psychiatr Scand.* 2001 Feb;103(2):105–10.
- Barnes TR, Hutton SB, Chapman MJ, Mutsatsa S, Puri BK, Joyce EM. West London first-episode study of schizophrenia. Clinical correlates of duration of untreated psychosis. *Br J Psychiatry.* 2000 Sep;177:207–11.
- Bebbington PE, Bhugra D, Brugha T, Singleton N, Farrell M, Jenkins R, et al. Psychosis, victimisation and childhood disadvantage: evidence from the second British National Survey of Psychiatric Morbidity. *Br J Psychiatry.* 2004 Sep;185:220–6.
- Bebbington P, Jonas S, Kuipers E, King M, Cooper C, Brugha T, et al. Childhood sexual abuse and psychosis: data from a cross-sectional national psychiatric survey in England. *Br J Psychiatry. The Royal College of Psychiatrists*; 2011 Jul;199(1):29–37.
- Beijer U, Andréasson S, Agren G, Fugelstad A. Mortality and causes of death among homeless women and men in Stockholm. *Scand J Public Health. SAGE PublicationsSage UK: London, England*; 2011 Mar;39(2):121–7.
- Bergé D, Mané A, Salgado P, Cortizo R, Garnier C, Gomez L, et al. Predictors of Relapse and Functioning in First-Episode Psychosis: A Two-Year Follow-Up Study. *Psychiatr Serv.* 2015 ed. 2016 Feb;67(2):227–33.

- Bernstein DP, Stein JA, Newcomb MD, Walker E, Pogge D, Ahluvalia T, et al. Development and validation of a brief screening version of the Childhood Trauma Questionnaire. *Child Abuse Negl.* 2003 Feb;27(2):169–90.
- Berry K, Barrowclough C, Wearden A. A review of the role of adult attachment style in psychosis: unexplored issues and questions for further research. *Clin Psychol Rev.* 2007 May;27(4):458–75.
- Bertelsen M, Jeppesen P, Petersen L, Thorup A, Øhlenschlaeger J, le Quach P, et al. Five-year follow-up of a randomized multicenter trial of intensive early intervention vs standard treatment for patients with a first episode of psychotic illness: the OPUS trial. *Arch Gen Psychiatry.* 2008 Jul;65(7):762–71.
- Bickley H, Kapur N, Hunt IM, Robinson J, Meehan J, Parsons R, et al. Suicide in the homeless within 12 months of contact with mental health services : a national clinical survey in the UK. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* Steinkopff-Verlag; 2006 Sep;41(9):686–91.
- Bilder RM, Goldman RS, Robinson D, Reiter G, Bell L, Bates JA, et al. Neuropsychology of first-episode schizophrenia: initial characterization and clinical correlates. *Am J Psychiatry.* 2000 Apr;157(4):549–59.
- Birchwood M, Todd P, Jackson C. Early intervention in psychosis. The critical period hypothesis. *Br J Psychiatry Suppl.* 1998;172(33):53–9.
- Bonin JP, Fournier L, Blais R. A typology of mentally disordered users of resources for homeless people: towards better planning of mental health services. *Adm Policy Ment Health.* 2009 Jul;36(4):223–35.
- Burlingame GM, Dunn TW, Chen S, Lehman A, Axman R, Earnshaw D, et al. Selection of outcome assessment instruments for inpatients with severe and persistent mental illness. *Psychiatr Serv.* 2005 Apr;56(4):444–51.
- Burns A, Robins A, Hodge M, Holmes A. Long-term homelessness in men with a psychosis: Limitation of services. *Int J Ment Health Nurs.* 2009 Apr;18(2):126–32.
- Burra TA, Stergiopoulos V, Rourke SB. A systematic review of cognitive deficits in homeless adults: implications for service delivery. *Can J Psychiatry.* 2009 Feb;54(2):123–33.
- Busner J, Targum SD. The clinical global impressions scale: applying a research tool in clinical practice. *Psychiatry (Edgmont).* 2007 Jul;4(7):28–37.
- Carpenter WT, Strauss JS. The prediction of outcome in schizophrenia. IV: Eleven-year follow-up of the Washington IPSS cohort. *J Nerv Ment Dis.* 1991 Sep;179(9):517–25.
- Caton CL, Shrout PE, Eagle PF, Opler LA, Felix A, Dominguez B. Risk factors for homelessness among schizophrenic men: a case-control study. *Am J Public Health.* 1994 Feb;84(2):265–70.
- Caton CL, Shrout PE, Dominguez B, Eagle PF, Opler LA, Cournos F. Risk factors for homelessness among women with schizophrenia. *Am J Public Health.* 1995 Aug;85(8 Pt 1):1153–6.
- Caton CL. Mental health service use among homeless and never-homeless men with schizophrenia. *Psychiatr Serv.* 1995 Nov;46(11):1139–43.

Challis S, Nielszen O, Harris A, Large M. Systematic meta-analysis of the risk factors for deliberate self-harm before and after treatment for first-episode psychosis. *Acta Psychiatr Scand*. 2013 ed. 2013 Jun;127(6):442–54.

Chesnay C, Bellot C, Sylvestre M-È. Judicialisation des personnes itinérantes à Québec : une géographie des pratiques policières répressives au service de la revitalisation. *EchoGéo*. Pôle de recherche pour l'organisation et la diffusion de l'information géographique (CNRS UMR 8586); 2014 Jul 8;(28).

Cheung AMHSW. Risk of death among homeless women: a cohort study and review of the literature. *CMAJ*. 2004 Apr;170(8):1243–7.

Ciampi L. Catamnestic long-term study on the course of life and aging of schizophrenics. *Schizophr Bull*. 1980;6(4):606-18.

Coldwell CM, Bender WS. The effectiveness of assertive community treatment for homeless populations with severe mental illness: a meta-analysis. *Am J Psychiatry*. 2007;164(3):393-9.

Conus P, Cotton S, Schimmelmann BG, McGorry PD, Lambert M. Pretreatment and outcome correlates of sexual and physical trauma in an epidemiological cohort of first-episode psychosis patients. *Schizophr Bull*. 2009 ed. 2010 Nov;36(6):1105–14.

Cougnard A, Grolleau S, Lamarque F, Beitz C, Brugère S, Verdoux H. Psychotic disorders among homeless subjects attending a psychiatric emergency service. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2006 Nov;41(11):904–10.

Craig TKJ, Garety P, Power P, Rahaman N, Colbert S, Fornells-Ambrojo M, et al. The Lambeth Early Onset (LEO) Team: randomised controlled trial of the effectiveness of specialised care for early psychosis. *BMJ*. 2004 Nov 6;329(7474):1067–0.

Craig TK, Hodson S. Homeless youth in London: I. Childhood antecedents and psychiatric disorder. *Psychol Med*. 1998 Nov;28(6):1379–88.

Debbané M, Salaminios G, Luyten P, Badoud D, Armando M, Solida Tozzi A, et al. Attachment, Neurobiology, and Mentalizing along the Psychosis Continuum. *Front Hum Neurosci*. *Frontiers*; 2016;10:406.

Doré-Gauthier, V. (2016). *Impact de l'ajout d'une équipe de proximité intensive pour jeunes itinérants souffrant de psychose et de toxicomanie à une clinique d'intervention précoce pour la psychose*. [Mémoire]. Montréal.

Doré M. Deinstitutionalization in Québec. *Santé mentale au Québec*. *Revue Santé mentale au Québec*; 1987;12(2):144–57.

Drake RE, Xie H, McHugo GJ, Green AI. The effects of clozapine on alcohol and drug use disorders among patients with schizophrenia. *Schizophr Bull*. 2000;26(2):441–9.

Drake RE, Osher FC, Noordsy DL, Hurlbut SC, Teague GB, Beaudett MS. Diagnosis of alcohol use disorders in schizophrenia. *Schizophr Bull.* 1990;16(1):57–67.

Drake RE, Caton CL, Xie H, Hsu E, Gorroochurn P, Samet S, et al. A prospective 2-year study of emergency department patients with early-phase primary psychosis or substance-induced psychosis. *Am J Psychiatry.* 2011 Jul;168(7):742–8.

Drake RE MKMG. Clinician rating scales: Alcohol Use Scale (AUS), Drug Use Scale (DUS), and Substance Abuse Treatment Scale (SATS). IN: *Outcomes Assessment in Clinical Practice*. Edited by Sederer, L, and Dickey, B. Baltimore, MD: Williams & Wilkins. 1996;p.p1.

Early Psychosis Guidelines Writing Group (2010). *Australian Clinical Guidelines for Early Psychosis: A Brief Summary for Practitioners*. In (2nd edition ed.). Melbourne: Orygen Youth Health.

Endicott J, Spitzer RL, Fleiss JL, Cohen J. The global assessment scale. A procedure for measuring overall severity of psychiatric disturbance. *Arch Gen Psychiatry.* 1976 Jun;33(6):766–71.

Fisher HL, Craig TK, Fearon P, Morgan K, Dazzan P, Lappin J, et al. Reliability and comparability of psychosis patients' retrospective reports of childhood abuse. *Schizophr Bull.* 2011 May;37(3):546–53.

Folsom DP, Hawthorne W, Lindamer L, Gilmer T, Bailey A, Golshan S, et al. Prevalence and risk factors for homelessness and utilization of mental health services among 10,340 patients with serious mental illness in a large public mental health system. *Am J Psychiatry.* 2005 Feb;162(2):370–6.

Folsom D, Jeste DV. Schizophrenia in homeless persons: a systematic review of the literature. *Acta Psychiatr Scand.* 2002 Jun;105(6):404–13.

Fournier L. Enquête auprès de la clientèle des ressources pour personnes itinérantes des régions de Montréal-Centre et de Québec, 1998-1999. Québec: Institut de la statistique du Québec; 2001; volume 1.

Fournier L. Enquête auprès de la clientèle des ressources pour personnes itinérantes des régions de Montréal-Centre et de Québec, 1998-1999. Québec: Institut de la statistique du Québec; 2003;volume 2:129p.

Frank AF, Gunderson JG. The role of the therapeutic alliance in the treatment of schizophrenia. Relationship to course and outcome. *Arch Gen Psychiatry.* 1990 Mar;47(3):228–36.

Freeman A, Malone J, Hunt GE. A statewide survey of high-support services for people with chronic mental illness: assessment of needs for care, level of functioning and satisfaction. *Aust N Z J Psychiatry.* SAGE Publications Sage UK: London, England; 2004 Oct;38(10):811–8.

Gaetz S, O'Grady B, Kidd S, Schwan K. *Without a Home: The National Youth Homelessness Survey*. Toronto: Canadian Observatory on Homelessness Press; 2016.

Gaetz, S., C. Barr, A. Friesen, B. Harris, C. Hill, K. Kovacs-Burns, B. Pauly, B. Pearce, A. Turner and A. Marsolais. *Canadian Definition of Homelessness*. Toronto, Canadian Observatory on Homelessness Press; 2012.

- Goodman LA, Dutton MA, Harris M. Episodically homeless women with serious mental illness: prevalence of physical and sexual assault. *Am J Orthopsychiatry*. 1995 Oct;65(4):468–78.
- Haro JM, Kamath SA, Ochoa S, Novick D, Rele K, Fargas A, et al. The Clinical Global Impression-Schizophrenia scale: a simple instrument to measure the diversity of symptoms present in schizophrenia. *Acta Psychiatr Scand Suppl*. 2003;(416):16–23.
- Harvey CJ, Low Prevalence Disorders Study Group, Australia Department of Health and Ageing. Disability, homelessness, and social relationships among people living with psychosis in Australia a bulletin of the Low Prevalence Disorder Study. National Survey of Mental Health and Wellbeing Bulletin 5. Canberra: Commonwealth Dept. of Health and Ageing; 2002.
- Häfner H. Epidemiology of schizophrenia. A thriving discipline at the turn of the century. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci*. 2000;250(6):271–3.
- Heinrichs DW, Hanlon TE, Carpenter WT. The Quality of Life Scale: an instrument for rating the schizophrenic deficit syndrome. *Schizophr Bull*. 1984;10(3):388–98.
- Henry LP, Amminger GP, Harris MG, Yuen HP, Harrigan SM, Prosser AL, et al. The EPPIC follow-up study of first-episode psychosis: longer-term clinical and functional outcome 7 years after index admission. *J Clin Psychiatry*. 2010 Jun;71(6):716–28.
- Herman DB, Susser ES, Jandorf L, Lavelle J, Bromet EJ. Homelessness among individuals with psychotic disorders hospitalized for the first time: findings from the Suffolk County Mental Health Project. *Am J Psychiatry*. 1998 Jan;155(1):109–13.
- Hermes ED, Sokoloff D, Stroup TS, Rosenheck RA. Minimum clinically important difference in the Positive and Negative Syndrome Scale with data from the Clinical Antipsychotic Trials of Intervention Effectiveness (CATIE). *J Clin Psychiatry*. 2012 Apr;73(4):526–32.
- Hélie STDTNTM. Étude d'incidence québécoise sur les signalements évalués en protection de la jeunesse en 2008. Rapport final. Montréal: Centre jeunesse de Montréal-Institut universitaire; 2012;;252p.
- Hwang SW. Mortality among men using homeless shelters in Toronto, Ontario. *JAMA*. 2000 Apr;283(16):2152–7.
- Hwang SW, Wilkins R, Tjepkema M, O'Campo PJ, Dunn JR. Mortality among residents of shelters, rooming houses, and hotels in Canada: 11 year follow-up study. *BMJ*. 2009;339:b4036.
- Johnson JG, Cohen P, Brown J, Smailes EM, Bernstein DP. Childhood maltreatment increases risk for personality disorders during early adulthood. *Arch Gen Psychiatry*. 1999 Jul;56(7):600–6.
- Kay SR, Opler LA, Lindenmayer JP. Reliability and validity of the positive and negative syndrome scale for schizophrenics. *Psychiatry Res*. 1988 Jan;23(1):99–110.
- Kay SR, Fiszbein A, Opler LA. The positive and negative syndrome scale (PANSS) for schizophrenia. *Schizophr Bull*. 1987;13(2):261–76.

- Kendler KS, Bulik CM, Silberg J, Hettema JM, Myers J, Prescott CA. Childhood sexual abuse and adult psychiatric and substance use disorders in women: an epidemiological and cotwin control analysis. *Arch Gen Psychiatry*. 2000 Oct;57(10):953–9.
- Lambert M, Conus P, Lubman DI, Wade D, Yuen H, Moritz S, et al. The impact of substance use disorders on clinical outcome in 643 patients with first-episode psychosis. *Acta Psychiatr Scand*. 2005 Aug;112(2):141–8.
- Lançon C, Auquier P, Reine G, Toumi M, Addington D. Evaluation of depression in schizophrenia: psychometric properties of a French version of the Calgary Depression Scale. *Psychiatry Res*. 1999 Dec;89(2):123–32.
- Larsson S, Andreassen OA, Aas M, Røssberg JI, Mork E, Steen NE, et al. High prevalence of childhood trauma in patients with schizophrenia spectrum and affective disorder. *Compr Psychiatry*. 2013 Feb;54(2):123–7.
- Latimer E, Wynant W, Clark R, Malla A, Moodie E, Tamblyn R, et al. Underprescribing of clozapine and unexplained variation in use across hospitals and regions in the Canadian province of Québec. *Clin Schizophr Relat Psychoses*. 2013 Apr;7(1):33–41.
- Lenzenweger MF, Lane MC, Loranger AW, Kessler RC. DSM-IV personality disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Biol Psychiatry*. 2007 ed. 2007 Sep;62(6):553–64.
- Leverich GS, McElroy SL, Suppes T, Keck PE, Denicoff KD, Nolen WA, et al. Early physical and sexual abuse associated with an adverse course of bipolar illness. *Biol Psychiatry*. 2002 Feb 15;51(4):288–97.
- Lybrand J, Caroff S. Management of schizophrenia with substance use disorders. *Psychiatr Clin North Am*. 2009 Dec;32(4):821–33.
- Lysaker PH, Meyer P, Evans JD, Marks KA. Neurocognitive and symptom correlates of self-reported childhood sexual abuse in schizophrenia spectrum disorders. *Ann Clin Psychiatry*. 2001 Jun;13(2):89–92.
- Malla A, Lal S, Vracotas NC, Goldberg K, Joober R. Early intervention in psychosis: specialized intervention and early case identification. *Encephale*. 2010 Mar;36 Suppl 3:S38–45.
- Malla A, Payne J. First-episode psychosis: psychopathology, quality of life, and functional outcome. *Schizophr Bull*. 2005 ed. 2005 Jul;31(3):650–71.
- Martijn C, Sharpe L. Pathways to youth homelessness. *Soc Sci Med*. 2006 Jan;62(1):1–12.
- McGlashan TH. The Chestnut Lodge follow-up study. II. Long-term outcome of schizophrenia and the affective disorders. *Arch Gen Psychiatry*. 1984 Jun;41(6):586–601.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec. Défis de la reconfiguration des services de santé mentale – Pour une réponse efficace et efficiente aux besoins des personnes atteintes de troubles mentaux graves. Bibliothèque nationale du Québec. Ministère de la Santé et des Services Sociaux; 1997.

Ministère de la Santé et des services sociaux du Québec de M. L'itinérance au Québec – Cadre de référence. Québec: Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec; 2008;(52 p.).

Morgan C, Fisher H. Environment and schizophrenia: environmental factors in schizophrenia: childhood trauma--a critical review. *Schizophr Bull.* 2006 ed. 2007 Jan;33(1):3–10.

Morgan C, Reininghaus U, Fearon P, Hutchinson G, Morgan K, Dazzan P, et al. Modelling the interplay between childhood and adult adversity in pathways to psychosis: initial evidence from the AESOP study. *Psychol Med.* 2013 ed. 2014 Jan;44(2):407–19.

Morrison DS. Homelessness as an independent risk factor for mortality: results from a retrospective cohort study. *Int J Epidemiol.* 2009 Jun;38(3):877–83.

Mortensen PB, Juel K. Mortality and causes of death in schizophrenic patients in Denmark. *Acta Psychiatr Scand.* Blackwell Publishing Ltd; 1990 Apr;81(4):372–7.

Mundy P, Robertson M, Robertson J, Greenblatt M. The prevalence of psychotic symptoms in homeless adolescents. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 1990 Sep;29(5):724–31.

Nelson G, Aubry T, Lafrance A. A review of the literature on the effectiveness of housing and support, assertive community treatment, and intensive case management interventions for persons with mental illness who have been homeless. *Am J Orthopsychiatry.* 2007;77(3):350–61.

Nicole L, Abdel-Baki A, Lesage A, Granger B, Stip E, Lalonde P. [Study of the follow-up of early psychosis at the Université de Montréal (L'Etude de Suivi des Psychoses Emergentes de l'Université de Montréal (ESPEUM): context, objectives and methodology]. *Sante Ment Que.* 2007;32(1):317–31.

Nielssen O, Bourget D, Laajasalo T, Liem M, Labelle A, Häkkänen-Nyholm H, et al. Homicide of strangers by people with a psychotic illness. *Schizophr Bull.* 2011 May;37(3):572–9.

Nordentoft M, Wandall-Holm N. 10 year follow up study of mortality among users of hostels for homeless people in Copenhagen. *BMJ.* 2003 Jul;327(7406):81.

Nordentoft M, Madsen T, Fedyszyn I. Suicidal behavior and mortality in first-episode psychosis. *J Nerv Ment Dis.* 2015 May;203(5):387–92.

Nordentoft M. Prevention of suicide and attempted suicide in Denmark. *Epidemiological studies of suicide and intervention studies in selected risk groups.* *Dan Med Bull.* 2007 Nov;54(4):306–69.

North CS, Pollio DE, Smith EM, Spitznagel EL. Correlates of early onset and chronicity of homelessness in a large urban homeless population. *J Nerv Ment Dis.* 1998 Jul;186(7):393–400.

Odell SM, Commander MJ. Risks factors for homelessness among people with psychotic disorders. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 2000;35(9):396–401.

- Olfson M, Mechanic D, Hansell S, Boyer CA, Walkup J. Prediction of homelessness within three months of discharge among inpatients with schizophrenia. *Psychiatr Serv*. American Psychiatric Publishing; 1999 May;50(5):667–73.
- Opler LA, Caton CL, Shrout P, Dominguez B, Kass FI. Symptom profiles and homelessness in schizophrenia. *J Nerv Ment Dis*. 1994 Mar;182(3):174–8.
- Ouellet-Plamondon C, Rousseau C, Nicole L, Abdel-Baki A. Engaging Immigrants in Early Psychosis Treatment: A Clinical Challenge. *Psychiatr Serv*. 2015 ed. 2015 Jul;66(7):757–9.
- Ouellet-Plamondon C, Abdel-Baki A. Jeune, urbain... mais psychotique : l'importance du travail de proximité. *Santé mentale au Québec*. *Revue Santé mentale au Québec*; 2011;36(2):33–51.
- O'Connell JJ. *Premature Mortality in Homeless Populations: A Review of the Literature*. Nashville: National Health Care for the Homeless Council, Inc; 2005;:19pages.
- Patterson ML, Somers JM, Moniruzzaman A. Prolonged and persistent homelessness: multivariable analyses in a cohort experiencing current homelessness and mental illness in Vancouver, British Columbia. *Vancouver: Mental Health and Substance Use*; 2012;5:85–101.
- Perälä J, Suvisaari J, Saarni SI, Kuoppasalmi K, Isometsä E, Pirkola S, et al. Lifetime prevalence of psychotic and bipolar I disorders in a general population. *Arch Gen Psychiatry*. 2007 Jan;64(1):19–28.
- Petersen L, Nordentoft M, Jeppesen P, Ohlenschlaeger J, Thorup A, Christensen T, et al. Improving 1-year outcome in first-episode psychosis: OPUS trial. *Br J Psychiatry Suppl*. 2005 Aug;48:s98–103.
- Ran MS, Chan CL, Chen EY, Xiang MZ, Caine ED, Conwell Y. Homelessness among patients with schizophrenia in rural China: a 10-year cohort study. *Acta Psychiatr Scand*. 2006 Aug;114(2):118–23.
- Revier CJ, Reininghaus U, Dutta R, Fearon P, Murray RM, Doody GA, et al. Ten-Year Outcomes of First-Episode Psychoses in the MRC AESOP-10 Study. *J Nerv Ment Dis*. 2015 May;203(5):379–86.
- Rezansoff SN, Moniruzzaman A, Fazel S, Procyshyn R, Somers JM. Adherence to antipsychotic medication among homeless adults in Vancouver, Canada: a 15-year retrospective cohort study. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2016 ed. 2016 Dec;51(12):1623–32.
- Rosen A, Hadzi-Pavlovic D, Parker G. The life skills profile: a measure assessing function and disability in schizophrenia. *Schizophr Bull*. 1989;15(2):325–37.
- Rosenheck RA, Dennis D. Time-limited assertive community treatment for homeless persons with severe mental illness. *Arch Gen Psychiatry*. 2001;58(11):1073–80.
- Rosner B. *Fundamentals of Biostatistics*. In: *Fundamentals of Biostatistics*. 7 ed. Boston, USA.: Cengage Learning; 2011.
- Roy E, Haley N, Leclerc P, Sochanski B, Boudreau JF, Boivin JF. Mortality in a cohort of street youth in Montreal. *JAMA*. 2004 Aug;292(5):569–74.

- Roy E, Haley N, Boudreau J-F, Leclerc P, Boivin J-F. The challenge of understanding mortality changes among street youth. *J Urban Health*. 2nd ed. 2010 Jan;87(1):95–101.
- Roy MA, Lanctôt G, Mérette C, Cliche D, Fournier JP, Boutin P, et al. Clinical and methodological factors related to reliability of the best-estimate diagnostic procedure. *Am J Psychiatry*. 1997;154(12):1726-33.
- Schubert KO, Clark SR, Baune BT. The use of clinical and biological characteristics to predict outcome following First Episode Psychosis. *Aust N Z J Psychiatry*. SAGE PublicationsSage UK: London, England; 2015 Jan;49(1):24–35.
- Scott J. Homelessness and mental illness. *Br J Psychiatry*. 1993 Mar;162:314–24.
- Susser ES, Struening EL. Diagnosis and screening for psychotic disorders in a study of the homeless. *Schizophr Bull*. 1990;16(1):133–45.
- Thompson RG, Hasin D. Psychiatric disorders and treatment among newly homeless young adults with histories of foster care. *Psychiatr Serv*. 2012 Sep;63(9):906–12.
- Tulloch AD, Fearon P, David AS. Timing, prevalence, determinants and outcomes of homelessness among patients admitted to acute psychiatric wards. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2012 Jul;47(7):1181–91.
- Varese F, Smeets F, Drukker M, Lieveise R, Lataster T, Viechtbauer W, et al. Childhood adversities increase the risk of psychosis: a meta-analysis of patient-control, prospective- and cross-sectional cohort studies. *Schizophr Bull*. 2012 ed. 2012 Jun;38(4):661–71.
- Vazquez C, Munoz M, Crespo M. A comparative Study of the 12-Months Prevalence of physical health problems among homeless people in Madrid and Washington, DC.: *Int J Ment Health*.; 2006.
- Velligan DI, Weiden PJ, Sajatovic M, Scott J, Carpenter D, Ross R, et al. The expert consensus guideline series: adherence problems in patients with serious and persistent mental illness. *J Clin Psychiatry*. 2009;70 Suppl 4:1–46–quiz47–8.
- Westermeyer J. Comorbid schizophrenia and substance abuse: a review of epidemiology and course. *Am J Addict*. 2006;15(5):345–55.
- Woods SW. Chlorpromazine equivalent doses for the newer atypical antipsychotics. *J Clin Psychiatry*. 2003 Jun;64(6):663–7.
- Zubin J, Spring B. Vulnerability--a new view of schizophrenia. *J Abnorm Psychol*. 1977 Apr;86(2):103–26.

ANNEXE I

Collecte des données : itinérance et traumatismes

RECUEIL DES DONNÉES DU SUIVI LONGITUDINAL – JAP ET PEP

NIP : Médecin : Intervenant : T : Date d'admission : Date de collecte :

Itinérance avant l'admission : OUI NON ND Itinérance au cours du suivi : OUI NON ND

TABLEAU : CUMUL DES PÉRIODES D'ITINÉRANCE

Indications : Cochez la case appropriée concernant le cumul des périodes d'itinérance durant la période mentionnée. Lorsque l'itinérance a lieu pendant le suivi, spécifiez quelle année est concernée (si possible).

		Moins d'un mois	Entre 1 et 3 mois	Entre 3 et 6 mois	Entre 6 et 12 mois	12 mois et plus
TOTAL AVANT L'ADMISSION						
TOTAL PENDANT LE SUIVI						
Préciser si possible	1 ^{ère} année					
	2 ^e année					
	3 ^e année					
	4 ^e année					
	5 ^e année					

TRAUMA DURANT L'ENFANCE ET L'ADOLESCENCE

Abus (toute forme confondue) OUI NON ND Spécifiez si: **Négligence** OUI NON ND
Abus psychologique OUI NON ND
Abus physique OUI NON ND
Abus sexuel OUI NON ND

Placement(s) (centre d'accueil, famille d'accueil) OUI NON ND **Décès de parent(s)** MÈRE PÈRE ND
Séparation des figures d'attachement/parents OUI NON ND
Divorce/séparation des parents OUI NON ND
Intimidation OUI NON ND

ND = donnée non disponible

DÉFINITIONS :

Situation d'itinérance : absence d'adresse fixe, de logement stable, sécuritaire et salubre, d'une durée d'une nuit ou plus.

Fin de l'itinérance : période minimale d'un mois durant laquelle la personne possède un hébergement stable, sécuritaire et salubre.

Abus psychologique : actes répétés, pouvant être constitués de paroles et/ou d'autres agissements (railleries, rejet, négligence, manipulation, isolement, intimidation, humiliation, menaces, insultes, etc).

Abus physique : recours à la force délibérée et inutile qui provoque des lésions corporelles (secouage, étranglement, morsure, coups de pied, brûlure, empoisonnement, submersion, etc).

Abus sexuel : toute forme d'interaction sexuelle sous contrainte entre 2 personnes dont une se trouve en position de pouvoir par rapport à l'autre.

Séparation des figures d'attachement : enfant/adolescent séparé physiquement de sa/ses figure(s) d'attachement (généralement parents) pour une durée significative (exemple : envoyé chez oncle/tante, grands-parents, etc).

