

Université de Montréal

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.

par

Virginie Doré-Gauthier

Programme de Sciences biomédicales

Faculté de médecine

Mémoire présenté à la Faculté de médecine
en vue de l'obtention du grade de Maîtrise ès sciences
en Sciences biomédicales

Le 1er décembre 2016

© Virginie Doré-Gauthier

Résumé

Au Canada, chaque nuit, en moyenne 6000 jeunes sont sans-abri. Ceux souffrant de psychose et de toxicomanie sont particulièrement à risque d'itinérance. La littérature suggère qu'il y a nécessité de soins adaptés pour cette population. Une équipe d'intervention intensive de proximité ÉQUIP SOL (ES) fut créée au CHUM en 2012 afin de mieux offrir une approche adaptée la clientèle des jeunes itinérants souffrants d'un premier épisode psychotique et de toxicomanie (JIPEPT).

Objectif : Étudier l'impact de l'ajout de l'ES aux services de la Clinique spécialisée d'intervention précoce pour la psychose (CIP) sur l'évolution symptomatique et fonctionnelle et l'utilisation de services des JIPEPT.

Méthode : Étude de suivi longitudinale comparant l'évolution des JIPEPT suivis par l'ES en ajout à une CIP depuis 2012 à ceux suivis dans une CIP (2005-2011). La stabilité à l'hébergement (issue primaire), l'autonomie en hébergement, l'évolution fonctionnelle (SOFAS) et clinique globale (GAF, CGI), la sévérité de la toxicomanie (AUS, DUS), et l'utilisation de services (consultations à l'urgence et hospitalisations) ont été collectées de manière prospective durant 24 mois.

Résultats : Le suivi de l'ES+CIP est associé à un taux plus élevé de JIPEPT en hébergement stable que le traitement régulier CIP seul (RR=2,38, p=0,017). L'évolution fonctionnelle, clinique et de la toxicomanie des 2 groupes sont similaires.

Conclusion : L'ajout de l'ES à une CIP semble permettre d'augmenter le taux de stabilité en hébergement chez les JIPEPT. Toutefois, les facteurs de mauvais pronostic prémorbides et l'intensité déjà élevée du traitement comparateur (CIP) expliquent possiblement que l'ES n'ait pas d'impact supplémentaire sur l'évolution du fonctionnement et de la toxicomanie à court terme.

Mots clés : Itinérance, Psychose, Intervention, Jeunes, Toxicomanie, Évolution, Évolution fonctionnelle, Premier épisode psychotique, Abus de substance

Abstract

In Canada, every night, about 6000 youths are homeless. Those suffering from psychosis and substance use disorder (SUD) are at higher risk for homelessness. Today's literature suggests the need for dedicated interventions for this population. In 2012, an intensive outreach team (ÉQUIP SOL (ES)) was created at the CHUM, to help homeless youth suffering from psychosis and SUD (HYPS).

Objective: Explore the impact of ES added to an early intervention for psychosis clinic (EIC) on service use and the symptomatic and functional outcome for the HYPS.

Method: Longitudinal study comparing the outcome of HYPS who received care from ES in addition to an early intervention for psychosis clinic (EIPC) (2012-2015) to an HYPS historical cohort who received care from EIPC only (2005-2011). Housing stability (main outcome), living arrangement autonomy, global assessment of functioning scale (SOFAS), clinical global assessment scales (GAF, CGI), SUD severity (AUS, DUS) and services use (Emergency consultations and hospitalizations) have been collected prospectively for 24 months.

Results: With ES + EIPC, there is a higher rate of HYPS in stable housing than with EIPC only (RR=2,38, p=0,017). Symptomatic and functional outcomes as well as drug and alcohol misuse are somewhat similar for the 2 groups.

Conclusion: The addition of ES to an EIPC seems to benefit HYPS in increasing housing stability. However, poor prognostic factors of HYPS and the high intensity of the comparator treatment (EIPC) may explain why ES does not seem to have an additional impact on short-term symptomatic, functional and SUD outcome.

Key words : Homelessness, Psychosis, Intervention, Youth, Addiction, Outcome, Functionnal outcome, First Episode Psychosis, Substance use disorder

Table des matières

Liste des figures et des tableaux	iv
Liste des abréviations	v
Remerciements	vi
1. Introduction	1
1.1 Revue de la littérature sur les interventions disponibles	4
1.2 Organisation des soins en itinérance	17
1.3 Vers une approche spécifique	21
1.4 Description de l'intervention	22
1.5 Objectifs de recherche	25
1.6 Hypothèses	25
2. Méthode	28
3. Résultats	38
3.1 Article	39
4. Discussion	73
5. Conclusion	91
6. Sources documentaires	93
Annexe I ..	viii

Liste des figures et des tableaux

Tableau 1 : Interventions s'intéressant aux jeunes itinérants	viii
Tableau 2 : Interventions s'intéressant aux adultes itinérants souffrant d'un trouble de santé mentale sévère.	ix
Tableau 3 : Comparaison des différents services en psychiatrie au CHUM	xii
Article :	
Tableau 1 : Description des caractéristiques des participants à l'admission	49
Graphique 1 : Évolution de la stabilité en hébergement (% stable)	50
Graphique 2 : Analyse de survie (régression de Cox) - Taux de stabilité en hébergement.	51
Graphique 3 : Évolution de l'autonomie en hébergement (type d'hébergement)	52
Graphique 4 : Répartition des cohortes ES et CIP	52
Graphique 5 : Évolution du fonctionnement social (mesurée par le SOFAS)	53
Graphique 6 : Évolution globale du fonctionnement (mesurée par le GAF)	54
Graphique 7 : Évolution clinique globale (mesurée par le CGI)	54
Graphique 8 : Nombre de jours d'hospitalisation par patient par année de suivi	55
Graphique 9 : Nombre d'hospitalisation en psychiatrie par patient par année de suivi ..	56
Graphique 10 : Nombre moyen de consultations à l'urgence par patient par année de suivi	56
Graphique 11 : Évolution de l'utilisation abusive de substances (AUS et DUS \geq 3)	57
Graphique 12 : Évolution de la dépendance aux substances (AUS et DUS \geq 4)	58

Liste des sigles et abréviations

ACT : *Assertive Community Treatment*

AUS : *Alcohol Use Scale*

CGI-S: *Clinical Global Assessment—Severity*

CIP : Clinique d'Intervention Précoce pour la psychose

CRA : *Community Reinforcement Approach*

CTI : *Critical Time intervention*

DUS : *Drug Use Scale*

EBFT : *Ecologically based family treatment*

ES : ÉQUIP SOL -Équipe d'Intervention Intensive de Proximité (ciblant les JIPEPT)

GAF : Global Assessment of Functioning

HF: Housing First

IPS : *Individual Placement and Support*

JIPEP : Jeunes Itinérants souffrant d'un Premier Épisode Psychotique

JIPEPT : Jeunes Itinérants souffrant d'un Premier Épisode Psychotique et de Toxicomanie

PANSS : *Positive and Negative Symptoms Scale*

QLS : *Quality of Life Scale*

RFB : *Residential follow back*

SIM : Suivi intensif dans le milieu

SOFAS : *Social and Occupational Functional Assessment Scale*

TH : Traitement Habituel

TLFB : *Timeline Followback*

TLUS : Trouble Lié à l'Utilisation de substance

Remerciements

Je tiens à remercier toutes les personnes qui ont contribué à la confection et la rédaction de ce projet.

En plus de ma directrice Dre Amal Abdel-Baki, de mes codirecteurs, Dr Didier Jutras-Aswad et Dre Clairéline Ouellet Plamondon, je tiens à remercier vivement les étudiantes qui ont donnée leur temps pour participer à ce projet : Aurore Nzaramba Cyuzuzo, Caroline Beauregard, Laurence Ledoux et Yannie Codère. Également, je remercie notre assistant de recherche, M. Pasquale Bauco, les cliniciens de l'ÉQIIP SOL, Nicolas Girard et Julie-Marguerite Deschesnes, ainsi que l'ensemble des professionnels de l'ÉQIIP JAP.

1. Introduction

Chaque nuit, au Canada, près de 6000 jeunes âgés entre 15 et 25 ans sont sans abris (Gaetz et al., 2014). Ceci dit, la définition d'itinérance est plus large que le simple fait d'être sans abris. Selon la définition du Rapport du comité des sans-abri déposé en 1987 au Conseil municipal de la Ville de Montréal, qui est toujours une des plus acceptées aujourd'hui, une personne itinérante est :

« Celle qui n'a pas d'adresse fixe, de logement stable, sécuritaire et salubre pour le jour à venir, a un très faible revenu, une accessibilité discriminatoire à son égard de la part des services, a des problèmes de santé physique, de santé mentale, de toxicomanie, de violence familiale et/ou de désorganisation sociale et est dépourvue de groupe d'appartenance stable ».

Chez les jeunes itinérants canadiens, plus de 30 % souffrent de psychose et 75 % de toxicomanie (Gaetz et al., 2014). La psychose se développe le plus souvent au début de l'âge adulte ; les jeunes qui se retrouvent à la rue durant cette période sont à une étape cruciale de leur développement, avec parfois peu d'acquis et de ressources pour trouver et maintenir un logement stable (Arlington, 2013).

Les premières années de la maladie constituent une période critique dans le traitement des troubles psychotiques pour éviter une détérioration ou une chronicisation de la maladie (Birchwood, Todd, & Jackson, 1998). Certaines caractéristiques de la maladie psychotique mettent ces jeunes particulièrement à risque d'itinérance, notamment les symptômes négatifs sévères (Hill et al., 2012) et l'utilisation comorbide abusive de substances (Odell & Commander, 2000). La psychose est exacerbée par le stress de l'itinérance et la désorganisation psychotique peut contribuer à la persistance de l'itinérance. Le moment où frappe la psychose est également déterminant : la consolidation de l'identité, le développement de l'autonomie et l'élaboration de plans à long terme (familiaux ou professionnels)

caractérisent le stade de développement de cette tranche d'âge et peuvent être retardés par l'apparition de la maladie (Arlington, 2013).

La littérature actuelle recommande un traitement précoce pour la psychose (National Collaborating Centre for Mental Health (UK), 2013). Il est reconnu que la durée de la maladie psychotique non traitée (DMNT) (Perkins, Gu, Boteva, & Lieberman, 2005)(Marshall et al., 2005) et l'importance des symptômes négatifs (Hill et al., 2012) ou positifs (Boonstra et al., 2012) sont associées à une détérioration du pronostic. Des traitements spécifiques existent pour les jeunes atteints d'un premier épisode psychotique. Les lignes directrices canadiennes (Canadian Psychiatric Association, 2005) et américaines (Lehman et al., 2004) recommandent l'instauration de cliniques d'intervention précoce, caractérisées par une prise en charge psychosociale, une médication antipsychotique à faible dose et un suivi intensif des jeunes présentant des signes de psychose débutante. Ces cliniques d'intervention précoce ont démontré une amélioration claire de la symptomatologie (positive et négative lors de la phase aiguë de la maladie), du fonctionnement global (incluant l'autonomie), ainsi qu'une diminution des hospitalisations des jeunes suivis (Skalli & Nicole, 2011).

Toutefois, malgré l'efficacité connue de la médication antipsychotique et des cliniques d'intervention précoce, les jeunes itinérants qui souffrent d'un premier épisode psychotique présentent des caractéristiques et une évolution qui semble différer de leurs pairs non itinérants. En effet, une étude menée à la clinique des jeunes adultes psychotiques (JAP) du Centre Hospitalier Universitaire de Montréal (CHUM) sur les jeunes itinérants souffrant d'un premier épisode psychotique (PEP) dans le centre-ville de Montréal démontre que ceux-ci, comparativement aux jeunes présentant un PEP qui ne sont pas itinérant, sont plus généralement des hommes, ont un faible niveau d'éducation, ont plus de problèmes judiciaires, ont un fonctionnement prémorbide plus faible, ont plus de symptômes négatifs, et ils souffrent plus souvent de psychose non affective (c'est-à-dire de schizophrénie plutôt que de trouble schizoaffectif ou de trouble affectif bipolaire avec caractéristiques psychotiques), de trouble lié à l'utilisation de substances (TLUS) et de trouble de personnalité du *cluster B* (Abdel-Baki, Levesque, Ouellet-Plamondon, & Nicole, 2014). Malgré un niveau de symptômes positifs similaire à l'admission, leur évolution à deux ans est moins favorable tant

au niveau des symptômes psychotiques que du fonctionnement, malgré un suivi en clinique pour PEP. Toutefois, leur observance et leur engagement au traitement sont similaires à celui des jeunes non-itinérants.

En ce qui concerne l'itinérance, plusieurs modèles de services existent pour venir en aide à ceux qui se retrouvent dans la rue et nombreux sont ceux ayant démontré une efficacité à diminuer le nombre de nuits passées en itinérance (Logement d'abord, suivi intensif, etc.) (Coldwell & Bender, 2007) (Goering et al., 2014) Toutefois, il semble que les jeunes adultes aient de la difficulté à s'identifier aux services pour itinérants qui s'adressent généralement à une population plus âgée (« Young and Homeless 2015 », 2015). Les besoins des jeunes sans-abri et leurs difficultés sont différents de leurs aînés. Par exemple, le risque de suicide et d'homicide est plus élevé chez eux (Nielsen & Large, 2010; Nordentoft, Madsen, & Fedyszyn, 2015) et ils consomment davantage de psychostimulants (Sara, Burgess, Malhi, Whiteford, & Hall, 2014). Des ressources communautaires dédiées spécifiquement aux jeunes sans-abri ont donc été développées dans ce contexte.

Toutefois, chez les jeunes itinérants souffrant d'un PEP, la problématique devient plus complexe. En effet, les jeunes adultes souffrant de psychose qui se retrouvent itinérants n'ont souvent pas accès au système de santé (Hudson et al., 2010), ce qui les prive d'une prise en charge rapide (et potentiellement salutaire) de leur maladie. D'autre part, les symptômes de psychose non traitée (idées délirantes, hallucinations, etc.) et les comportements qui y sont associés (irritabilité, agressivité, comportements désorganisés) mènent souvent à leur exclusion des ressources pour jeunes itinérants.

Ainsi, il paraît nécessaire d'intervenir de manière différente auprès des jeunes de la rue souffrant de PEP, puisque leur réponse au traitement est moins favorable que leurs pairs non itinérants (malgré un suivi spécialisé en clinique d'intervention précoce (CIP)) et qu'ils accèdent plus difficilement aux soins en santé mentale. Cependant, peu d'études se sont penchées sur les types d'interventions les plus efficaces pour cette clientèle.

1.1 Revue de littérature sur les interventions existantes

Dans un premier temps, nous avons tenté d'obtenir de l'information précise sur les services en santé mentale offerts aux jeunes itinérants souffrant d'un PEP. Une recherche à l'aide des bases de données électroniques Pubmed (7) et PsycINFO (0) a recensé au total 7 articles dont aucun ne traitait d'une intervention auprès de cette population. (Mots clés : «Homelessness», «Mental Health Services», «First Episode Psychosis»).

Dans le but d'être plus inclusive et de mieux connaître les interventions offertes aux populations connexes, la recherche a été étendue. Les données qui suivent sont le fruit d'une recherche effectuée à partir des bases de données électroniques Pubmed et PsycINFO pour des articles publiés en français ou en anglais (de 1980 à juillet 2015) en utilisant les mots clés suivants :

- services en santé mentale («Mental Health Services») (MeSH Terms)
- itinérance («Homelessness») (MeSH Term)
- troubles de santé mentale («Mental Disorders») (MeSH Term).

Seules les études contrôlées ont été retenues. Les bibliographies des articles retenus ont été vérifiées manuellement et les études pertinentes ajoutées à la présente revue de littérature.

Résultats :

Cette recherche a permis de trouver 552 (Pubmed) + 13 (PsycINFO) articles. Parmi ceux-ci, aucune étude comparative sur des interventions ciblées pour les jeunes adultes itinérants souffrant de psychose et de toxicomanie n'a été trouvée. De plus, il n'existe pas à notre connaissance d'étude, même descriptive ou pilote, portant sur un programme spécialisé s'adressant aux jeunes itinérants souffrants d'un premier épisode psychotique.

En l'absence d'études satisfaisant nos critères, les études comparatives permettant de mettre en lumière les types d'interventions qui pourraient être efficaces chez les jeunes itinérants souffrants d'un premier épisode psychotique et de toxicomanie (JIPEPT), puisqu'elles s'intéressent à des populations partageant certaines caractéristiques avec la population ciblée,

ont été retenues. Pour ce faire, 3 catégories d'études ont été identifiées : 1) les études portant sur l'impact de différents services chez les jeunes itinérants sans trouble psychiatrique diagnostiqué, 2) les interventions chez les adultes itinérants atteints d'une pathologie psychiatrique sévère (psychotique ou affective), avec ou sans toxicomanie comorbide), et 3) les études randomisées comparant l'impact de CIP pour les jeunes atteints d'un premier épisode psychotique (sans égard à l'itinérance) au traitement habituel (TH) en psychiatrie. Les résultats des 34 articles retenus sont résumés dans les paragraphes suivants et dans les tableaux 1 à 3, et les approches sont détaillées dans la section qui suit.

1) Interventions psychosociales visant les jeunes itinérants sans maladie psychiatrique diagnostiquée (tableau 1).

Approches visant la réduction des méfaits chez les jeunes itinérants

- Le «Community reinforcement approach» (CRA) (Slesnick, Prestopnik, Meyers, & Glassman, 2007) est une approche qui se base sur la théorie comportementale opérante et cognitivo comportementale. Elle vise le changement des habitudes de vie et de l'environnement en établissant un plan en partenariat avec les jeunes. Elle utilise des techniques de renforcement positif et d'élimination du renforcement négatif (éviter, etc.) pour améliorer les aspects problématiques de la vie de ces jeunes (hébergement, accès aux soins médicaux, relations sociales, troubles psychiatriques et légaux). Trois études (Slesnick & Kang, 2008; Slesnick, Kang, Bonomi, & Prestopnik, 2007; Slesnick, Prestopnik, et al., 2007) visant à déterminer l'impact du CRA par rapport au TH concluent que le CRA est plus efficace pour améliorer la stabilité en hébergement, diminuer l'utilisation de substances ainsi que pour diminuer les symptômes de dépression que le TH (pas d'effet sur les comportements à risque d'infections transmissibles sexuellement et par le sang et les symptômes psychiatriques autres que dépressifs) chez les jeunes fugueurs de 14 à 22 ans. .
- Le projet «Passage» (Wagner et al., 1994) est basé sur un programme mettant de l'avant 12 éléments (évaluation, planification, réseautage, suivi, défense des intérêts/droits [advocacy], relation thérapeutique, équipe, service de crise et fonds flexibles) ayant pour but l'amélioration des stratégies d'adaptation, la diminution des

comportements à risque, l'augmentation du support social et le changement d'environnement incluant l'hébergement, les soins de santé et la sphère occupationnelle (école ou travail). Les intervenants ont accès à des fonds flexibles pour venir en aide aux jeunes. L'étude de Wagner (1994) a eu pour but de comparer l'impact du projet «Passage» au «case management» (CM) habituel sur la symptomatologie des jeunes itinérants entre 13 et 21 ans, mais n'a pas analysé son impact sur l'itinérance ou la stabilité en hébergement. Toutefois, elle a démontré que l'intervention est associée à une réduction plus importante de l'anxiété, de la dépression et de la délinquance que le TH.

- Le « Street Smart » (Rotheram-Borus et al., 2003) s'intéresse à 4 aspects : 1) l'accès aux soins médicaux 2) l'accès à la contraception (préservatifs) 3) l'enseignement au personnel des refuges pour les jeunes itinérants et 4) la psychoéducation directe aux jeunes. L'intervention «Street-Smart» a été comparée au TH dans une étude de Rotheram-Borus et coll. en 2003 chez les jeunes fugueurs entre 11 et 18 ans dans le but d'analyser l'impact de l'intervention sur les comportements à risque de VIH, y compris la consommation de drogue. Cette étude, qui n'a toutefois pas analysé l'impact de l'intervention sur l'itinérance en soi ou la stabilité en hébergement, conclut que, durant la première année, «Street-Smart» est associé à une diminution de la consommation de cannabis et du nombre total de drogues consommées. Toutefois ces différences disparaissent à 24 mois.

Approches centrées sur la réunification familiale dans le but de diminuer l'itinérance chez les jeunes

- L'«Ecologically Based Family Therapy» (EBFT) (Slesnick, Guo, & Feng, 2013) (Slesnick & Prestopnik, 2005) est une approche systémique dédiée aux jeunes itinérants qui vise la réunification familiale. Elle intègre des concepts d'intervention de crise et s'effectue au domicile familial. Le nombre de sessions peut varier, mais un traitement est considéré comme valable après 4 sessions d'EBFT. L'EBFT a été comparée au CRA et à l'intervention motivationnelle dans 2 études de Slesnick (2005

et 2013) chez les jeunes fugueurs entre 12 et 18 ans afin d'explorer ces différents modèles d'intervention. L'EBFT serait associé à une amélioration de la stabilité sociale (une donnée qui inclue le nombre de jours passés en hébergement stable, à l'école ou au travail). Par ailleurs, ces études concluent que les trois interventions étaient associées à une diminution de la consommation d'alcool et de drogue. Toutefois, l'EBFT entraînait des résultats plus persistants dans le temps (à deux ans) tandis que l'approche par entrevue motivationnelle donnait des résultats plus rapides que les deux autres interventions.

- L'intervention familiale «STRIVE» (Milburn et al., 2012) («Support To Reunite, Involve and Value Each Other») est une intervention de 5 sessions administrées aux jeunes et à leur(s) parent(s) qui est basée sur les théories cognitives comportementales et vise à développer la résolution de problèmes et de conflits intrafamiliaux. Cette intervention a été comparée au TH dans 1 étude de Milburn et coll. en 2012 chez des jeunes fugueurs entre 12 et 18 ans quant aux symptômes psychiatriques et à la consommation de drogue. Cette étude n'a pas analysé l'itinérance en soi, mais conclut que l'intervention diminue les comportements délinquants à 12 mois, mais mène à des résultats variables selon les échelles utilisées en ce qui concerne la consommation de drogue.

Approches visant la diminution de l'utilisation de substances ou de ses effets délétères

- L'intervention motivationnelle (Barrowclough et al., 2010) été développée pour le traitement des troubles liés à l'utilisation de substance. Cette approche basée sur l'empathie et l'absence de jugements de valeur envers le client a pour but de faire évoluer celui-ci à travers les stades de changement (précontemplation, contemplation, préparation, action et maintien). Cette approche a été utilisée en une (Peterson, Baer, Wells, Ginzler, & Garrett, 2006) ou trois sessions (Baer, Garrett, Beadnell, Wells, & Peterson, 2007) et comparée au TH chez les jeunes itinérants de 14 à 19 ans dans le but d'analyser l'impact sur l'utilisation des services et la consommation de drogue. Aucune donnée n'a été recueillie quant à l'itinérance, mais les jeunes itinérants ayant

reçu l'intervention motivationnelle étaient plus enclins à utiliser les services du centre de jour et de «case management». Également, cette intervention était associée à une diminution de la consommation de drogue après 1 mois, mais pas à plus long terme (3 mois).

Méta-analyse des interventions visant l'inclusion et la réintégration des jeunes itinérants

- Par ailleurs, il est intéressant de noter que 6 des 7 études décrites précédemment ont fait l'objet d'une méta-analyse de la revue Cochrane (Coren et al., 2013) dont le but était de résumer les interventions efficaces pour promouvoir l'inclusion, la réintégration et la «réduction des méfaits» des jeunes itinérants. Cette méta-analyse conclut que ces interventions ne démontrent pas d'impact statistiquement significatif sur la réduction de l'itinérance des jeunes, des symptômes psychiatriques, des comportements internalisés et externalisés, ainsi que sur le nombre de diagnostics psychiatriques. Aucune mesure de psychose n'y fut incluse. L'utilisation de drogue était la variable la plus fréquemment analysée (quoique de manière hétérogène entre les études) et celle qui montrait l'amélioration la plus consistante avec les différentes interventions (diminution du nombre de consommations d'alcool et diminution du nombre de diagnostics liés à l'utilisation de substance). Les résultats de cette méta-analyse sont rapportés dans le tableau 1.

Résumé des interventions psychosociales visant les jeunes itinérants sans maladie psychiatrique diagnostiquée

Les recherches publiées sur les interventions psychosociales visant les jeunes itinérants sans maladie psychiatrique diagnostiquée n'ont généralement pas étudié l'impact de ces interventions sur l'itinérance en soi (Baer et al., 2007; Milburn et al., 2012; Peterson et al., 2006; Rotheram-Borus et al., 2003; Slesnick, Erdem, Bartle-Haring, & Brigham, 2013; Slesnick & Prestopnik, 2005; Wagner et al., 1994).

Ainsi, il est difficile de conclure sur l'évolution de l'itinérance et de l'utilisation des services en santé mentale dans cette population. La méta-analyse de Coren (2013) des différentes interventions psychosociales existantes chez les jeunes itinérants en général (les critères d'inclusion/exclusion) ne tenait pas compte de la maladie mentale) ne rapporte que très peu de

résultats statistiquement significatifs sur l'itinérance en soi, la consommation de drogue et les symptômes psychiatriques, probablement en raison de la grande hétérogénéité des études et des échelles de mesure ((Coren et al., 2013)). Toutefois, lorsque ces études ainsi qu'une autre qui n'était pas incluse dans cette méta-analyse sont considérées une à la fois, on remarque que certaines interventions intensives en partenariat avec les jeunes et ciblées sur leurs besoins spécifiques ont démontré une efficacité pour l'amélioration des symptômes psychiatriques (diminution des symptômes dépressifs (Slesnick, Kang, et al., 2007; Slesnick & Prestopnik, 2005; Slesnick, Prestopnik, et al., 2007), la diminution des comportements internalisés et externalisés (Slesnick, Erdem, et al., 2013; Slesnick & Prestopnik, 2005), l'amélioration de la fonctionnalité sociale (ex. augmentation des contacts sociaux) (Baer et al., 2007) et la diminution du trouble d'utilisation de substances (diminution du nombre de consommations d'alcool et de la consommation de cannabis chez les femmes) et la diminution du nombre de jours d'utilisation de substances (Rotheram-Borus et al., 2003). Les résultats de ces études n'ayant pas été répliqués, et ces études ne s'appliquant pas aux JIPEPT, il est difficile de tirer des conclusions sur une intervention spécifique chez les JIPEPT, que ce soit sur l'évolution de l'itinérance, la sortie de l'itinérance (dimension qui n'a jamais été explorée), la réduction des symptômes psychiatriques ou la réduction de la consommation. C'est pourquoi une revue de la littérature chez les adultes itinérants plus âgés souffrant de maladie mentale et de toxicomanie pourrait nous éclairer davantage, bien qu'une telle revue de littérature sur une population connexe, mais aussi différente des JIPEPT comporte aussi des limites importantes par rapport à notre question de recherche.

Tableau 1 : Interventions s'intéressant aux jeunes itinérants (annexe)

2) Interventions psychosociales visant l'amélioration de la stabilité en hébergement chez les adultes itinérants atteints d'une pathologie psychiatrique sévère (tableau 2)

La seconde partie des articles recensés dans la littérature est la plus abondante. Elle aborde la problématique des patients adultes itinérants aux prises avec un diagnostic de pathologie psychiatrique sévère.

- L'approche « Housing First » ou « Logement d'abord » (LD) a été développée aux États-Unis par Tania Tull en 1988 dans le cadre de l'organisme communautaire « PATH beyond shelter » (Tull, Clark, Cohen, Kane, & Neely, 2015). Cette approche a par la suite été reprise dans de nombreux pays, notamment au Canada (Projet Chez Soi/At Home). La philosophie LD se base sur trois principes : 1) l'offre immédiate d'un logement permanent et indépendant, sans obligation de suivi médical ou sans égard à d'éventuelles incarcérations, 2) une orientation visant l'autonomie et la réduction des méfaits face aux problèmes de santé mentale et de toxicomanie et 3) un suivi intensif dans la communauté (de type « Assertive Community Treatment » (ACT)). Six études ((Patterson et al., 2013), (Greenwood, Schaefer-McDaniel, Winkel, & Tsemberis, 2005) (Greenwood et al., 2005; McHugo et al., 2004; Padgett, 2006; Patterson et al., 2013; Tsemberis, Moran, Shinn, Asmussen, & Shern, 2003) (Clark & Rich, 2003)) visant à documenter l'impact de l'approche LD chez les adultes itinérants souffrant d'un problème de santé mentale concluent que comparativement au TH, le LD était associé à une amélioration de la stabilité en hébergement, une diminution de l'itinérance, une amélioration du fonctionnement en communauté, une diminution des visites à l'urgence, une amélioration de la qualité de vie perçue ainsi qu'une diminution de la consommation d'alcool. Il n'y avait toutefois pas de différence entre les groupes pour la consommation des autres drogues.
- Le « Critical Time intervention » (CTI) est un autre type d'intervention utilisée chez la clientèle itinérante ciblant les périodes de transition nécessitant un besoin accru de ressources, telles qu'une période d'itinérance survenant au moment du congé de l'hôpital. Il s'agit d'un modèle qui est limité dans le temps (environ 9 mois), centré sur des problématiques précises (par exemple, la recherche et le maintien d'un logement), dont l'intensité, divisée en trois phases, diminue avec le temps et dont les interventions ont lieu dans la communauté. Cette intervention a été comparée au TH chez les adultes itinérants dans 4 études (Susser et al., 1997), (Tomita & Herman, 2012), (Tomita, Lukens, & Herman, 2014) et (Tomita & Herman, 2015) dont les objectifs étaient l'analyse de l'impact du CTI sur l'itinérance, l'utilisation des services d'urgence et les symptômes psychiatriques. Les auteurs ont conclu que le CTI était associé à une

diminution de l'itinérance et des symptômes négatifs, du taux de réhospitalisation, ainsi qu'à une amélioration qualitative et quantitative des contacts familiaux.

- Le programme «No Fixed Address» (Forchuk et al., 2008) est une intervention à la croisée des chemins entre l'approche LD et le CTI qui est offerte aux patients psychiatriques sans adresse au moment du congé de l'hôpital. Disponible pour un temps limité, elle a comme priorité l'assistance aux patients pour trouver un hébergement abordable ainsi que la mise en place d'un fond de départ pour payer le premier et dernier mois de loyer. Cette intervention a été comparée au TH quant à l'évolution de l'hébergement chez les adultes itinérants souffrant d'un problème de santé mentale dans l'étude (Forchuk et coll. 2008) qui conclut que l'intervention est associée au maintien d'un hébergement stable à 6 mois de suivi.
- Les services pour les itinérants intégrant les soins de santé mentale et de toxicomanie visant la diminution de l'itinérance et de la consommation s'adressent à la double problématique de consommation de substance et de trouble mental sévère, fréquente dans la population itinérante (Sara et al., 2014). Les soins sont offerts au même moment et par la même équipe, par opposition aux approches priorisant la «désintoxication» avant les soins de santé mentale ou le traitement de la maladie mentale avant la désintoxication. Les approches intégrées en toxicomanie ont été comparées au TH dans 2 études ((Burnam et al., 1996 ; R. E. Drake, Yovetich, Bebout, Harris, & McHugo, 1997) chez les adultes itinérants souffrant d'une pathologie psychiatrique. Leur objectif était d'analyser l'impact des différentes interventions sur la stabilité en hébergement, les symptômes psychiatriques et l'utilisation de substances. Elles ont conclu que les approches intégrées étaient associées à une plus grande stabilité d'hébergement, une diminution du nombre de jours hospitalisés ainsi qu'une diminution de la consommation d'alcool (mais pas des autres drogues).
- Le Suivi intensif dans le milieu (SIM) ou « Assertive Community Treatment » (ACT) a été développé dans les années 70 aux États-Unis pour répondre dans la communauté aux besoins des personnes atteintes de problèmes de santé mentale sévère suite à la désinstitutionnalisation (Marx, Test, & Stein, 1973 ; Stein & Test, 1980 ; Thomson,

Gélinas, & Ricard, 2002). Les principes du SIM sont les suivants : il s'agit d'une équipe qui cherche à soutenir le rétablissement de personnes atteintes de troubles mentaux graves en fournissant un traitement psychiatrique dans la communauté naturelle de la personne et qui fonctionne de manière générale en transdisciplinarité (Latimer, 2000). Le SIM a été comparé au TH dans 7 études (Calsyn, Morse, Klinkenberg, Trusty, & Allen, 1998; Calsyn, Winter, & Morse, 2000a; Dixon, Weiden, Torres, & Lehman, 1997; Korr & Joseph, 1996; Morse, Calsyn, Allen, Tempelhoff, & Smith, 1992; Shern et al., 2000; Trusty, 1997) chez les adultes itinérants souffrants d'une pathologie psychiatrique. Ces études ont fait l'objet d'une méta-analyse par Coldwell et al. en 2003 dont l'objectif était d'évaluer l'efficacité du SIM dans le rétablissement des patients itinérants atteints d'un trouble psychiatrique sévère. Cette méta-analyse conclut à une diminution supplémentaire de 37 % de l'itinérance et de 26 % des symptômes psychiatriques associés au SIM par rapport au TH.

- Les équipes de gestion de cas intensifs («intensive case management») (CMI) sont des équipes bénéficiant de plus de ressources humaines professionnelles comparativement au nombre de patients suivis (ratio patient/intervenants avantageux), que le «case management régulier» et donc qui permettent un suivi plus rapproché des patients itinérants. Tel que mentionné dans l'étude de Stergiopoulos (2015) le CMI pourrait être une option moins coûteuse pour les patients adultes et itinérants souffrant d'une maladie psychiatrique qui ne nécessitent pas l'intensité de traitement d'un SIM. Dans le cadre du grand projet Chez Soi/At Home, une intervention de type CMI (en plus du logement) a été étudiée vs le traitement usuel. L'issue primaire, la stabilité en hébergement, fut améliorée suite à une période de 24 mois de suivi (de 62,7 à 77,2 % selon les différents sites pour le traitement spécifique vs 29,7 à 31,8 % selon les différents sites pour le TH). L'issue secondaire (la qualité de vie mesurée par l'EQ-5D) et les autres issues (état de santé physique et mentale, symptômes psychiatriques, abus de substances, fonctionnement en communauté, intégration communautaire, arrestations, visites à l'urgence et hospitalisations) n'ont toutefois pas été associées à des changements significatifs. La 2^e étude, celle de Hurlburt (1996) a analysé la trajectoire d'hébergement d'adultes itinérants souffrant d'un problème de santé mentale

en randomisant en quatre branches 362 participants en : CMI + hébergement (section 8), CMI sans hébergement, CM usuel avec hébergement (section 8) ou CM régulier. Leurs analyses ont démontré que la différence entre les groupes quant à l'hébergement était liée à la présence ou non d'un logement (programme de subvention au logement « Section 8 ») et non au type d'intervention. Ainsi, les « interventions intégrant une composante d'accessibilité à l'hébergement » semblent plus efficaces pour entraîner une augmentation de la stabilité en hébergement, particulièrement si le type d'intervention inclut les démarches visant l'obtention et le maintien d'un logement.

Résumé des études disponibles sur les interventions chez les adultes itinérants souffrant d'un problème de santé mentale :

Dans une méta-analyse (Coldwell & Bender, 2007) l'approche SIM semble associée à une diminution de l'itinérance et une amélioration des symptômes psychiatriques chez les adultes itinérants souffrant d'un problème de santé mentale. Le CTI semble également donner des résultats similaires, quoique les études soient moins nombreuses (Herman, Daniel B., s. d.; D. B. Herman, 2011; Susser et al., 1997; Tomita & Herman, 2012, 2015). Par ailleurs, les approches priorisant la recherche et le maintien en logement, incluant les approches de CTI, sont, de manière générale, associées à une diminution de l'itinérance ou une amélioration de la stabilité en hébergement, mais moins fréquemment à une amélioration de la symptomatologie psychiatrique (contrairement au SIM). Finalement, seules deux études analysant l'impact d'une approche intégrée en toxicomanie et santé mentale chez les itinérants démontrent une diminution modeste des TLUS sur 12 mois (Burnam et al., 1996) et 18 mois (R. E. Drake et al., 1997), les autres types d'interventions ayant montré des résultats inconsistants en ce domaine.

Tableau 2 : Interventions s'intéressant aux adultes itinérants souffrant d'un trouble de santé mentale sévère. (annexe)

3) Les études randomisées comparant l'impact de Clinique d'Intervention précoce (CIP) pour les jeunes atteints d'un premier épisode psychotique (sans égard à l'itinérance) au traitement habituel en psychiatrie

Les programmes d'intervention précoce pour les premiers épisodes psychotiques ont été développés dès le début des années 90. Des études de plus en plus nombreuses démontrant l'impact négatif d'une longue durée de psychose non traitée (DUP) sur le pronostic à court et à long terme de la maladie ont conduit au développement du modèle de suivi d'intervention précoce bien décrit dans la littérature (Hanson & Ehmann, 2002). Celui-ci met l'accent sur l'importance d'engager les jeunes dans le traitement à l'aide d'une approche « youth friendly », d'intervention intensive dans le milieu (« outreach ») et de la réadaptation vocationnelle (Iyer & Malla, 2014). Les concepts fondamentaux de cette approche incluent une approche orientée vers le rétablissement utilisant le case management intensif. De plus, la majorité des programmes d'intervention précoce pour les PEP au Canada, dont la Clinique JAP, offrent, tel que préconisé dans les guides de pratique, un accès facile et rapide aux soins psychiatriques, un suivi intensif, l'emphase mise sur l'engagement des patients et la continuité de soins, ainsi que différents services psychosociaux basés sur les données probantes tels que : la psychothérapie individuelle ou de groupe, le support à l'emploi et au travail, la psychoéducation familiale (Nolin, Malla, Tibbo, Norman, & Abdel-Baki, 2016). Plusieurs grandes études longitudinales ont été répertoriées dans la littérature, mais seulement deux d'entre elles sont randomisées et ont analysé l'impact d'une CIP sur l'hébergement des jeunes atteints d'un premier épisode psychotique (les équipes Lambeth Early Onset Team (LEO) (Craig, 2004) en Angleterre et OPUS (Secher et al., 2015) au Danemark. Celles-ci sont associées à une amélioration à 2 ans de l'autonomie en hébergement (augmentation du nombre de participants en hébergement autonome et diminution du nombre de participants itinérants à 2 ans de suivi), augmentation du nombre de jeunes autonomes en hébergement dans le groupe OPUS à 5 ans (une fois le suivi cessé depuis 3 ans). Toutefois, leur étude rapporte une augmentation possible du nombre de jeunes en situation d'itinérance à 10 ans de suivi (n=4 pour OPUS et n=1, p=0,02, pour le TH) dans l'étude OPUS. Toutefois le peu d'observations disponibles augmente la probabilité que cette trouvaille soit due au hasard (Secher et al. 2015).

Lors d'un premier épisode psychotique, surtout chez les jeunes itinérants, la consommation de drogue est très prévalente et associée à un pronostic plus faible (Abdel-Baki, Ouellet-Plamondon, Salvat, Grar, & Potvin, 2017; Levesque & Abdel-Baki, 2014). Les guides de pratique actuels recommandent un traitement intégré de la psychose et de la toxicomanie afin d'améliorer l'évolution d'un *PEP* (Addington, Donald, Bouchard, Roch-Hugo, Goldberg, Honer, & Malla, Ashok, 1998; Canadian Psychiatric Association, 2005; Gilbert & Jackson, 2014; Lehman et al., 2004; Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists Clinical Practice Guidelines Team for the Treatment of Schizophrenia and Related Disorders, 2005)

Donc, par extrapolation de la littérature actuelle sur le traitement des patients souffrant de troubles psychotiques en comorbidité avec d'autres problématiques (ex. toxicomanie, problèmes d'employabilité), il est possible de faire l'hypothèse qu'une approche intégrée et adaptée pour les jeunes adultes psychotiques itinérants et toxicomanes pourrait être plus efficace que le TH. En effet, les modèles de soins pour clientèles complexes intégrant au sein d'une même équipe des approches spécialisées, ont été démontrées efficaces dans le traitement des troubles de l'utilisation de substance en comorbidité avec la psychose (Barrowclough et al., 2010), mais également pour faciliter le retour au travail et aux études pour les jeunes présentant premiers épisodes psychotiques comme pour des populations avec des troubles psychotiques chroniques. (Campbell, Bond, & Drake, 2011; Catty et al., 2011; Killackey, Jackson, & McGorry, 2008).

Limites et conclusions générales de la revue de littérature:

Tel que mentionné précédemment, aucune intervention n'a été évaluée dans le but de venir en aide à la population spécifique des JIPEPT. Selon notre revue, les interventions les mieux étudiées s'adressent aux adultes itinérants souffrant de troubles mentaux et incluent les approches priorisant la recherche et le maintien du logement, le SIM et le CTI. Ces interventions ont en commun leur objectif principal, soit le maintien de l'hébergement en communauté. Ces interventions semblent effectivement associées à une diminution de l'itinérance ou à une amélioration de la stabilité en hébergement.

Par ailleurs, une récente méta-analyse conclut à l'amélioration des symptômes psychiatriques chez les patients itinérants bénéficiant d'un SIM (Coldwell & Bender, 2007), mais le CTI et le LD ne semblent pas associés à une amélioration statistiquement significative de la symptomatologie. Finalement, quant au TLUS, l'analyse de la littérature démontre peu de changements des habitudes de consommation des itinérants (jeunes et adultes) et des TLUS peu importe le type d'intervention.

Une revue de la littérature (de Vet, 2013) a recensé différentes interventions chez les itinérants (avec ou sans trouble psychiatrique) et a comparé le «case management standard», le CMI et le SIM. Cette revue rapporte que lorsque le CMI est utilisé chez des personnes itinérantes sans trouble psychiatrique, cette approche est associée à peu de changements statistiquement significatifs quant à l'hébergement. Toutefois, dans les études faites sur l'utilisation du CMI chez les participants itinérants atteints d'un trouble psychiatrique sévère, on remarque une amélioration de l'évolution de l'hébergement. Ainsi, il est possible que l'intérêt d'utiliser cette approche chez les personnes itinérantes soit surtout chez celles atteintes d'un trouble sévère de santé mentale. Il est possible que les raisons qui maintiennent les personnes ayant un trouble mental sévère dans l'itinérance soient différentes que pour les autres itinérants et que cette approche compense plus spécifiquement pour ces difficultés.

Une limite importante de cette revue concerne la validité externe des études. L'itinérance est un phénomène social. Sa présence et sa présentation sont donc intimement liées à l'organisation sociale existante dans un quartier, une ville, un pays. Quoique, certaines études ont été faites au Canada, notamment le projet Chez-Soi (LD) dont la ville de Montréal fut un site d'étude, la majorité des autres études ont été faites aux États-Unis. Il est difficile d'extrapoler de tels résultats à travers deux nations qui ont une organisation et une philosophie si différentes quant à l'organisation des soins de santé et des services sociaux.

1.2 Organisation des soins en itinérance

À Montréal, historiquement, avant et depuis la période de la désinstitutionnalisation dans les années 1970, ce sont les organismes communautaires qui ont eu la responsabilité de la prise en charge des personnes en situation d'itinérance. Différents types d'organismes communautaires viennent encore en aide à cette population : soupes populaires, centres de jour, maisons d'hébergement et refuges d'urgence. Notons entre autres, les grands refuges de Montréal (la «Mission Old Brewery», la «Maison du Père», l'«Accueil Bonneau» et la «Mission Bon Accueil») qui offrent non seulement un service d'hébergement d'urgence, mais également les repas, les vêtements et de l'aide en gestion de crise, de même que certains accompagnements pour recevoir des services sociaux et médicaux. Aujourd'hui, ces organismes qui viennent en aide aux personnes en situation d'itinérance sont regroupés sous l'acronyme RAPSIM (Réseau d'aide aux personnes seules et itinérantes de Montréal). On y retrouve les grands refuges (pour hommes, pour femmes et certains mixtes), et des maisons d'hébergement qui offrent du logement à court, moyen ou long terme. Il existe également plusieurs organismes de logements sociaux dont certains à durée illimitée qui offrent du soutien communautaire aux résidents. D'autres services tels que des centres de jour, et du soutien ou des programmes de réinsertion à l'emploi ainsi que du soutien par les travailleurs de rue sont offerts aux personnes en situation d'itinérance. Bien que ces organismes s'adressent à des personnes de tous âges, les jeunes qui se retrouvent en situation d'itinérance ont accès à une panoplie d'organismes qui ciblent spécifiquement les jeunes. Par exemple, l'organisme « Dans la rue » avec son Centre de Jour « chez POPS » et son hébergement d'urgence le « Bunker », le Refuge des Jeunes (Refuge d'urgence pour jeunes hommes) et Passages (Refuge d'urgence pour jeunes femmes) et plusieurs autres organismes dont les Auberges du cœur (hébergement temporaire de transition, de type foyer de groupe ou appartements supervisés), etc. (Gaudreau et al. 2008).

Depuis quelques années, le Gouvernement du Québec, entre autres via le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS), commence à s'attarder aux besoins des personnes atteintes de problèmes de santé mentale qui se retrouvent en situation d'itinérance. C'est dans ce contexte que le MSSS a décidé de rendre récurrent le budget de l'EQIIP SOL en 2014 (2 ans après sa création et vers la fin de cette étude), ainsi que d'investir dans des équipes de soins (telles que les équipes du « Projet de réaffiliation en itinérance et santé mentale » (PRISM (Farmer, 2015)

et de « SIM spécifique aux Itinérants » (SII) (Farmer, 2012) du CHUM et du « Centre de santé et services sociaux » (CSSS) Jeanne-Mance. Le plan d'action en santé mentale 2015-2020 (gouvernement du Québec, 2015) élaboré par le MSSS rapporte plusieurs mesures pour venir en aide aux patients itinérants. Entre autres, 500 unités de logement devraient être réservées par la Société d'habitation du Québec (SHQ) pour les personnes itinérantes atteintes d'un problème de santé mentale, ainsi qu'au moins 10 % de chaque programme créé de 2015 à 2020. Le gouvernement via la SHQ prévoit également miser davantage sur l'utilisation du programme de supplément au loyer pour permettre aux personnes itinérantes et/ou atteintes de trouble mental d'accéder au logement privé.

Le MSSS a également mis sur pied en 2014 un plan d'intervention spécifique pour mettre fin à l'itinérance (gouvernement du Québec, 2014). Ce plan intègre notamment différentes cibles de support s'adressant aux jeunes adultes et aux adolescents pour éviter une entrée en itinérance durant la transition vers l'âge adulte. La plupart de ces interventions visent un partenariat entre le MSSS, les CSSS, les centres hospitaliers, et les centres jeunesse, et quelques-unes incluent un partenariat avec les organismes communautaires.

Toutefois, il semble qu'historiquement, les organismes communautaires et les services de santé mentale à Montréal travaillaient en silo (Farmer, 2011). Par exemple : une personne en situation d'itinérance pouvait recevoir un « épisode de soin » dans un hôpital montréalais et en ressortir, parfois encore sans hébergement, sans qu'une liaison n'ait été faite avec les organismes communautaires. L'organisation des soins en santé mentale au Québec explique probablement en partie la déficience du système à venir en aide aux itinérants. L'offre de soins de santé, bien que gratuite et universelle pour les Canadiens, est, au Québec, offerte dans des lieux déterminés selon le lieu de résidence (déterminé par l'adresse et le code postal). Ainsi, un usager qui nécessite des soins de santé mentale sera « redirigé » vers son « hôpital de secteur ». Qu'advient-il des personnes sans adresse ? Depuis nombre d'années, les hôpitaux de la Ville de Montréal, se « partagent » la clientèle itinérante en un tour de garde, changeant d'une semaine à l'autre et donc un patient pouvait avoir reçu des services très loin de son « milieu » et des organismes qu'il fréquente, ce qui nuisait à la continuité (Doré-Gauthier, Abdel-Baki, Farmer, & Gagné, 2015). Ainsi, il n'existe donc pas de port d'attache hospitalier pour quelqu'un sans adresse. Les services étaient donc généralement ponctuels, et, de ce fait,

sous optimaux. De plus, non seulement les organismes oeuvrant auprès des itinérants et les hôpitaux travaillaient en silo, mais les services offerts en toxicomanie faisaient généralement partie d'un autre « silo ». Cette organisation rend donc de plus en plus complexe l'accès à des soins complets pour des problématiques concomitantes et interreliées. En plus, très fréquemment, les personnes itinérantes n'ont plus de carte d'assurance maladie valide. Celle-ci étant nécessaire pour obtenir des services continus en clinique externe ou au CLSC, cela devient un obstacle de plus pour ces personnes, déjà dans une situation difficile et précaire. Ceci contribue au fait que ces personnes sont susceptibles de ne recevoir que des « services d'urgences ». Dans ce contexte où les itinérants « font la porte tournante » dans un système de santé mésadapté à leur réalité, ils se retrouvent dans les organismes communautaires, sans communication entre ces deux mondes (Doré-Gauthier et al., 2015).

Depuis le tournant du millénaire, plusieurs services ont été créés plus spécifiquement pour les jeunes itinérants (notamment la clinique de Jeunes de la Rue du CLSC des Faubourg, le Centre de jour de «*Dans la rue*» – Chez POPS) (Gaudreau & Depars, 2016). Dans les dernières années, l'EQIIP SOL a développé des partenariats avec des organismes d'hébergement et autres services déjà dédiés aux jeunes de la rue (ex. «*Tangente*», «*Passages*», «*Le Tournant*», etc.), mais aussi d'autres organismes qui ont élargi leur mission pour aider ces jeunes avec problématiques de comorbidités complexes et itinérance (ex. «*Maison Saint-Dominique*», «*Dans la rue*», etc.)

Par ailleurs, il y a quelques années, une nouvelle initiative a pris forme à travers le Canada, afin de diminuer l'itinérance chez les personnes atteintes d'un problème de santé mentale : Le «*Projet Chez Soi*» (Aubry et al., 2015). De 2009 à 2011, ce projet a permis à 469 Montréalais itinérants de recevoir un logement et des soins en santé mentale. Les conclusions principales de ce projet furent qu'une approche intégrée (pour l'itinérance et pour la santé mentale) à Montréal était faisable et efficace, et réduisait l'utilisation et les coûts reliés à d'autres services (Aubry et al., 2015).

Le «*Projet Chez Soi*» a eu des résultats positifs et a donné le ton pour offrir une approche différente chez les personnes itinérantes atteintes d'un problème de santé mentale. Toutefois, l'approche du «*Projet Chez Soi*» semble avoir été moins efficace chez les jeunes et certains

auteurs ont proposé de créer une approche différente pour ceux-ci (Gaetz et al., 2014). Suite à ce projet un programme de type logement d'abord adapté aux jeunes a été proposé à Montréal par quelques organismes dont principalement celui de la «Maison St-Dominique-Projet V'LA»).

Toutefois, comme la majeure partie de la littérature existante chez les itinérants a été faite aux États-Unis ou ailleurs dans le monde, il est difficile de comparer ou d'extrapoler les résultats obtenus aux États-Unis, au Canada. Par exemple, les États-Unis n'ayant pas de système de santé universel (Koh & Sebelius, 2010), les services aux jeunes souffrants d'un PEP sont moins développés. Les programmes de CIP sont plus largement établis au Canada qu'aux États-Unis (à l'instar de l'Angleterre, la Scandinavie et de l'Australie).

Le soutien social est aussi différent d'un pays à l'autre (par exemple entre le Canada et les États-Unis). Différents programmes nationaux existent pour venir en aide aux personnes en situation d'itinérance, par exemple le National Low Income Housing Coalition (NLIHC) aux États-Unis) (Aurand et al., 2016) vs la SHQ au Québec. Une partie du financement du NLIHC vient du gouvernement américain, mais celle-ci serait à son plus bas niveau depuis des années selon l'organisme (Aurand et al, 2016). Ainsi de telles différences dans la prise en charge sociale de la problématique de l'itinérance entraînent nécessairement des biais lorsqu'on tente de comparer les études faites à travers le monde. En effet, une étude réalisée dans un pays où le « traitement habituel » en santé mentale pour les PEP est une CIP (par exemple dans un pays où les CIP sont répandues) n'obtiendra probablement pas les mêmes résultats si une nouvelle intervention est comparée (en termes d'efficacité) au TH (ex.CIP) que dans un autre pays où le TH est beaucoup moins intensif, spécifique et non intégré. Par ailleurs, dans la comparaison des études entre elles (si elles proviennent de pays/villes différents, de nombreux facteurs seraient donc à prendre en considération, incluant l'accès aux ressources communautaires, le prix de l'hébergement locatif privé, la disponibilité de programmes de subvention et de soutien pour l'accès au logement, etc.

Également, les profils des personnes itinérantes diffèrent d'une ville à une autre, notamment en ce qui concerne la culture et les sous-cultures « de la rue » surtout chez les jeunes, les différentes substances illicites disponibles, l'utilisation de drogues et d'alcool, la prise

responsable des problèmes sociaux, incluant l'itinérance avant 18 ans (lois sur la protection de la jeunesse), la stigmatisation des problèmes de santé mentale et d'itinérance, la proportion de jeunes sans-papiers et de jeunes issus des premières nations, etc.

1.3 Vers une intervention spécifique

À la lumière de ces résultats, il est difficile de statuer sur la meilleure approche à offrir aux JIPEPT. Toutefois, les guides de pratique actuels en intervention précoce (IP) (Bertolote & McGorry, 2005; Iyer & Malla, 2014) recommandent l'utilisation de services de case management adaptés pour les PEP à moyen terme (au moins 3 ans) pour les jeunes souffrant d'un PEP, considérant cette approche comme essentielle et au cœur de l'IP. Il apparaît donc probable qu'une approche de case management (Hanson & Ehmann, 2002) plus intensive (comme dans le SIM) soit indiquée pour les JIPEPT. Il s'agirait de créer une intervention à la croisée de chemins entre le CMI adapté pour les jeunes PEP et le SIM adaptée à la réalité du centre-ville de Montréal.

Tout en étant conscients des limites des connaissances actuelles, la clinique JAP et l'Unité de psychiatrie de toxicomanie (UPT) ont fait l'hypothèse, à partir des données (souvent préliminaires de la littérature existante) et de leurs expériences cliniques respectives, que les caractéristiques souhaitables d'une intervention visant à réduire l'itinérance chez les JIPEPT seraient :

1. L'importance d'une sortie rapide de l'itinérance grâce à du support pour la recherche d'un hébergement et pour le maintien de celui-ci (telle que démontré efficace par les interventions de type SIM, CTI et HF chez les adultes itinérants plus âgés et atteints de maladies mentales).
2. Une intensité de service élevée fournie précocement lors de la sortie des hôpitaux pour éviter un retour à la rue (tel que dans le CTI).
3. L'utilisation d'interventions de proximité offertes dans le milieu de vie (telles que dans le SIM (Coldwell & Bender, 2007)), notamment dans les refuges ou les autres

ressources que fréquentent les jeunes itinérants (qui sont différentes de celles utilisées par les itinérants plus âgés) ou dans la rue directement (Rotheram-Borus et al., 2003). Il apparaît donc important de développer un partenariat avec ces ressources spécifiques.

4. L'intégration des traitements de santé mentale, de toxicomanie et d'itinérance au sein d'une même équipe (tel que recommandé par les guides de pratiques pour les PEP)
5. La mise sur pied d'une équipe de «case managers» expérimentés dans l'approche de «case management» modifiée pour les premiers épisodes psychotiques.

En l'absence de recherches visant à réduire l'itinérance et améliorer la santé mentale et la toxicomanie des JIPEPT, une étude comparant une telle intervention (incluant les caractéristiques mentionnées précédemment) aux approches habituelles (ou en ajout à ces approches) apparaît nécessaire vu les grands besoins de cette population et les bénéfices potentiels d'une telle approche.

1.4 Description de l'intervention :

C'est dans le but de venir en aide à la population des JIPEPT sévères qu'est née, en février 2012, le programme de l'ES au CHUM. Cette équipe résulte de la collaboration entre deux services du CHUM : 1) la clinique JAP, une équipe d'intervention précoce pour la psychose débutante et 2) la clinique de psychiatrie des toxicomanies (UPT), une clinique de services intégrés pour les individus souffrant d'une comorbidité de maladie psychiatrique et trouble lié à l'utilisation de substance sévère.

L'objectif principal d'ES est de faciliter la sortie de l'itinérance des JIPEPT. Les autres objectifs sont d'améliorer l'accessibilité aux soins psychiatriques requis par leur état de santé, de diminuer l'usage et/ou les comportements délétères associés à l'usage de substances et de favoriser l'intégration sociale par le retour au travail ou aux études. Cinq psychiatres (à temps partiel) contribuent à l'ES ainsi que 3 travailleurs sociaux. Les critères d'admissibilité sont les suivants 1) être âgé entre 18 et 30 ans, 2) présenter une psychose débutante non traitée ou traitée depuis moins de 12 mois, 3) être itinérant ou à risque d'itinérance (instable en

hébergement) et 4) présenter un trouble lié à l'utilisation de substances. L'approche de l'ES utilise le «case management» intensif. Elle intègre les «éléments actifs» de diverses approches décrites comme efficaces dans la littérature pour le support aux itinérants, notamment: un accent sur le retour en hébergement stable (Aubry et al., 2015; Clark & Rich, 2003; Forchuk et al., 2008; Greenwood et al., 2005; Gulcur, Stefancic, Shinn, Tsemberis, & Fischer, 2003; McHugo et al., 2004; Padgett, 2006; Shern et al., 2000), des interventions de proximité («outreach» (Korr & Joseph, 1996; Slesnick, Kang, et al., 2007)), une approche intensive et précoce lors des périodes à risque de retour à la rue (par exemple à la sortie de l'hôpital) (D. Herman et al., 2000; Susser et al., 1997; Tomita & Herman, 2012, 2015; Tomita et al., 2014) et des services intégrés pour la toxicomanie (Burnam et al., 1996; R. E. Drake et al., 1997). Ceci se combine à l'approche d'intervention précoce pour la psychose, traitement démontré efficace et recommandé par les lignes directrices de l'Association canadienne de psychiatrie pour le traitement de la schizophrénie (Canadian Psychiatric Association, 2005). Il est important de noter que l'ES a été créée à partir d'une clinique d'intervention précoce pour la psychose (JAP) et s'y ajoute. Son fonctionnement est donc fortement apparenté à ce type d'approche et s'ajoute à tous les services déjà offerts par la CIP.

Les objectifs de l'ES sont atteints via un partenariat développé avec les divers organismes communautaires et gouvernementaux qui œuvrent avec les jeunes de la rue. Ainsi, des refuges d'urgence (Refuges des Jeunes, Bunker-Dans la rue), des centres de jours (Dans la rue-Chez POPS), la clinique des Jeunes de la rue du CLSC des Faubourgs (CSSS Jeanne-Mance, maintenant CIUSSS du Centre-Sud de l'île de Montréal), des organismes d'hébergement (maison St-Dominique, Auberges du Cœur, etc.), des organismes d'accompagnement (Diogène, Médecins du Monde) et des organismes œuvrant en toxicomanie (Portage, Cactus, Pharillon, Centre de Réadaptation en Dépendance de Montréal (CRDM), etc.) travaillent en collaboration avec les professionnels de l'ES afin d'atteindre les objectifs de réinsertion.

L'intensité de traitement de l'ES («case management» avec ratio de 1 intervenant pour 10-15 jeunes) permet une grande disponibilité des intervenants. Les jeunes et les intervenants communautaires peuvent donc avoir un lien direct et rapide avec l'équipe ES afin d'éviter la rechute ou le retour à la rue et d'intervenir promptement en cas de crise. De plus, le fonctionnement de l'ES favorise le développement de liens de confiance avec les jeunes et les

intervenants communautaires. Les intervenants de l'ES sont présents de façon régulière (ex. quotidienne ou hebdomadaire) dans les organismes communautaires principaux, et au besoin dans les autres organismes ou ceux qui ne souhaitent pas la présence de l'ES de façon statutaire. Des formations sur la psychose et ses comorbidités, l'importance de l'intervention précoce, l'impact de l'itinérance sur la santé, les aspects légaux et éthiques, etc. sont offertes par l'ES aux organismes et ceux-ci effectuent également un transfert de connaissances, d'expérience et d'expertise (concernant l'intervention auprès des jeunes de la rue) avec l'ES. Finalement, des réunions régulières (au moins une fois par mois) de partage d'informations administrative et clinique avec les différents organismes permettent l'instauration d'une communauté de pratique, le partage d'une philosophie commune et une meilleure connaissance des organismes partenaires et de leurs particularités. Ces derniers éléments de collaboration entre ES et le réseau des organismes d'intervention auprès des jeunes de la rue (RIPAJ) est un élément clé de cette approche.

Le tableau 3 résume les différences principales entre le fonctionnement de l'ES, de la Clinique JAP, de l'UPT et des services externes de psychiatrie générale habituels.

Tableau 3 : Comparaison des différents services en psychiatrie au CHUM (Annexe I-iv)

Question de recherche :

Est-ce que l'ajout d'une équipe d'intervention intensive de proximité ciblant les jeunes itinérants souffrant de psychose et de toxicomanie à une clinique d'intervention précoce pour la psychose sera associé à une évolution favorable incluant : 1) la stabilité en hébergement et l'autonomie en hébergement, 2) l'évolution fonctionnelle et clinique globale (incluant les symptômes), 3) les troubles d'utilisation de substances et 4) l'utilisation des services aigus en santé mentale (urgence et hospitalisation).

1.5 Objectifs de recherche

Quoique l'ES puisse être une solution intéressante, son efficacité doit être démontrée. Étant donné qu'un tel développement nécessite l'ajout de ressources, il est pertinent, dans le contexte actuel de ressources limitées, de mesurer l'impact de ce projet pilote.

Les objectifs de ce projet de recherche sont de :

- 1) Comparer le taux et le délai d'atteinte de la stabilité en hébergement (issue primaire) entre les JIPEPT recevant les soins de l'ES en plus d'une CIP et les JIPEPT recevant le support d'une CIP seulement.
- 2) Comparer l'évolution de la sortie de l'itinérance et de l'autonomie en hébergement (type d'hébergement) entre les JIPEPT recevant les soins l'ES en plus d'une CIP et les JIPEPT recevant le support d'une CIP seulement.
- 3) Comparer l'évolution fonctionnelle chez les JIPEPT recevant les soins de l'ES + CIP et les JIPEPT ayant reçu le support de la CIP seulement.
- 4) Comparer l'évolution clinique globale chez les JIPEPT recevant les soins de l'ES + CIP et les JIPEPT ayant reçu le support de la CIP seulement.
- 5) Comparer l'évolution de la symptomatologie psychiatrique chez les JIPEPT recevant les soins de l'ES + CIP et les JIPEPT ayant reçu le support de la CIP seulement.
- 6) Comparer l'évolution du TLUS chez les JIPEPT recevant les soins de l'ES + CIP et les JIPEPT ayant reçu le support de la CIP seulement.
- 7) Comparer l'utilisation de services aigus en santé mentale (hospitalisations et consultations à l'urgence) des 2 groupes.

1.6 Hypothèses de recherche

Dans ce contexte où la littérature sur le sujet est très limitée, de façon exploratoire, nos hypothèses de recherche sont :

- 1) **Les JIPEPT ayant reçu les soins de l'ES + CIP auront une réduction du délai avant d'atteindre une stabilité en hébergement comparativement à ceux suivis par la CIP seule,** tel que démontré par les études sur les adultes itinérants souffrant d'un trouble de santé mentale sévère chez qui les approches priorisant le logement (incluant le CMI) et les approches de type SIM étaient associées à une amélioration de la stabilité en hébergement (Coldwell & Bender, 2007).
- 2) **Les JIPEPT ayant reçu les soins de l'ES + CIP sortiront de l'itinérance dans une plus grande proportion et amélioreront davantage leur autonomie en hébergement (type**

d'hébergement avec niveau de supervision moindre) que ceux suivis par la CIP seule. Dans les études longitudinales utilisant la CIP chez les jeunes présentant un PEP, l'intervention est associée à une amélioration de l'autonomie à l'hébergement. Toutefois, aucune étude parmi celles décrites dans la revue de littérature portant sur les interventions visant les itinérants ne semble avoir étudié cette dimension de l'évolution. Dans la littérature chez les adultes itinérants présentant un trouble de santé mentale les approches priorisant le logement (incluant le CMI), les approches de type SIM et l'approche CTI étaient associées à une plus grande proportion de sorties d'itinérance (Coldwell & Bender, 2007; Tomita, Lukens, & Herman, 2014).

3) Les JIPEPT suivis par l'ES + CIP verront leur fonctionnement s'améliorer de similaire à ceux suivis par la CIP seule. La majorité des autres études de la revue, sauf une, n'ont pas pu démontrer de différence statistiquement significative entre l'intervention spécifique et le TH. En effet, seule l'étude du projet Chez Soi (Aubry 2014) était associée à une amélioration du fonctionnement en communauté chez les adultes souffrant d'un trouble de santé mentale sévère.

4) Les JIPEPT suivis par l'ES + CIP auront une amélioration clinique globale (mesurée par le GAF) similaire à ceux suivis par la CIP seule. L'évaluation clinique globale prend en compte l'intensité de la symptomatologie psychiatrique, ainsi que les différentes dimensions du fonctionnement (Secher et al., 2015). Chez les jeunes itinérants, on remarque dans quelques études que l'intervention spécifique est associée de manière statistiquement significative à une diminution des symptômes psychiatriques dans cette population. Il en va de même pour les adultes qui reçoivent un traitement SIM (Coldwell & Bender, 2007), mais pas pour les autres approches. Quant au fonctionnement, tel que décrit dans l'hypothèse précédente, dans la plupart des études, l'amélioration fonctionnelle est équivalente ou supérieure avec les interventions spécifiques comparativement au TH. C'est donc avec une approche plus « conservatrice » que nous faisons l'hypothèse d'amélioration clinique globale similaire ou supérieure pour l'ES + CIP vs CIP seule.

5) Les JIPEPT suivis par l'ES + CIP amélioreront leur symptomatologie psychiatrique de manière plus positive que ceux suivis par la CIP seule. À l'instar de l'amélioration clinique globale, et en tenant compte des résultats contradictoires entre les différentes études,

nous croyons que l'ES + CIP aura un effet positif (quoique probablement modeste) sur la symptomatologie psychiatrique des JIPEPT.

6) Les JIPEPT suivis par l'ES + CIP réduiront de façon similaire leur taux de TLUS par rapport à ceux suivis par la CIP seule, tel que démontré chez les jeunes itinérants et chez les adultes itinérants avec problème de santé mentale. Chez les jeunes itinérants, les résultats quant à la consommation de drogue et d'alcool sont peu concluants (puisque les résultats des études sont contradictoires ou du moins hétérogènes) lorsqu'ils sont analysés dans le cadre d'une méta-analyse (Coren et al., 2013) et chez les adultes itinérants souffrant d'un trouble de santé mentale sévère, on ne remarque généralement pas de différence entre les groupes d'intervention (Aubry et al., 2015; Burnam et al., 1996; Calsyn et al., 2000; Drake et al., 1997; McHugo et al., 2004; Tsemberis et al., 2003).

7) Les jeunes suivis par l'ES + CIP utiliseront les services aigus (hospitalisations et consultations à l'urgence) de façon moindre que ceux ayant reçu les services de la CIP uniquement tel que démontré par les études sur les adultes itinérants atteints d'un problème de santé mentale recevant les services d'un SIM (Coldwell & Bender, 2007).

2.Méthode

Devis d'étude :

Pour répondre aux hypothèses de recherche, une étude comparant l'évolution à 24 mois de tous les JIPEPT ayant reçu le traitement ES + CIP pendant au moins 24 mois ans entre 2012 et 2015 à une cohorte historique (incluant tous les jeunes souffrant d'un premier épisode psychotique itinérant lors de leur admission à la Clinique JAP) ayant reçu le traitement CIP seulement entre 2005 et 2011 a été mise sur pied. Cette étude a pour but premier de **comparer le taux et le délai d'atteinte de la stabilité en hébergement** (issue primaire) **entre** les JIPEPT recevant les soins de **l'ES en plus d'une CIP** et les JIPEPT recevant le support d'une **CIP seulement**.

Avant la mise sur pied de l'ES (soit avant 2012) l'ensemble des jeunes souffrant d'un premier épisode psychotique référé au CHUM étaient pris en charge par la CIP (la Clinique JAP) quelque soit leur situation d'hébergement. La Clinique JAP du CHUM a été fondée en 1999 et les services qu'elle offre sont basés sur les principes de traitement d'intervention précoce en psychose décrits précédemment incluant une approche et «case management» intensif adaptée aux jeunes adultes. Avant 2012, il n'y avait donc pas de services spécifiques offerts aux jeunes itinérants. Les JIPEPT en situation d'itinérance recevaient le même service que les autres jeunes, et l'intensité de suivi, quoique flexible, était la même pour l'ensemble des jeunes suivis par la CIP puisque même s'ils étaient déterminés par les besoins de chaque jeune, les ratios de 1 intervenant pour 25-30 patients limitaient leur disponibilité. Les participants choisis comme groupe contrôle pour cette étude sont tous les patients souffrants d'un premier épisode psychotique itinérants au moment de leur admission à la clinique JAP entre 2005 et fin 2011 (avant la création de l'ES). Il s'agit donc de JIPEPT ayant reçu des services d'une CIP uniquement. Notons que certains membres de l'équipe de la CIP, 2 psychiatres notamment, sont les mêmes que ceux de l'ES. Toutefois l'ES a bénéficié de l'ajout de 3 psychiatres spécialisés en psychiatrie des toxicomanies et les travailleurs sociaux de l'ES ont été engagés pour cette équipe spécifiquement et n'étaient pas des professionnels de la Clinique JAP auparavant.

Sélection des sujets

– Groupe ES : Y sont inclus tous les jeunes souffrants d'un premier épisode psychotique, de toxicomanie et itinérants, ayant reçu le traitement ES en ajout à la CIP pendant au moins 24 mois entre 2012 et octobre 2015. Les critères d'admission à l'ES sont : 1) être âgé entre 18 et 30 ans, 2) présenter une psychose débutante non traitée ou traitée depuis moins de 12 mois, 3) être itinérant ou à risque d'itinérance (instable en hébergement) et 4) présenter un trouble lié à l'utilisation de substances.

– Groupe CIP (contrôle) : Y sont inclus tous les patients souffrants d'un premier épisode psychotique itinérants (avec ou sans toxicomanie) au moment de leur admission à la clinique JAP entre 2005 et fin 2011 (avant la création de l'ES) et donc ayant reçu le traitement CIP seulement.

Recrutement

L'ensemble des patients référés à la CIP ou directement à l'ES ont été évalués par une équipe multidisciplinaire (incluant au moins un psychiatre et un autre professionnel de la santé mentale (travailleur social, ergothérapeute ou infirmière)) pour déterminer s'ils répondent aux critères d'admission. Dès que leur état mental le permettait, les participants étaient rencontrés par notre assistant de recherche pour l'obtention du consentement après avoir vérifié qu'ils correspondent aux critères d'admission.

Afin de s'assurer que l'échantillon représente bien l'éventail de tous les JIPEPT, une permission a été obtenue de la direction des services professionnels et du comité d'éthique en recherche pour effectuer une collecte de données dénominalisées sur les dossiers des patients ayant refusé de participer à la recherche (puisque ceux-ci représentent potentiellement un sous-groupe différent qui pourrait, par exemple, être plus méfiant par rapport aux services) ou les patients qui n'ont pu être recrutés pour différentes raisons (ex. perdus au suivi trop rapidement ou avant que leur état soit assez stabilisé pour être approchés pour le recrutement).

Justification de la durée de suivi

La durée de suivi de l'étude a été fixée à 24 mois, pour plusieurs raisons. D'abord, bien qu'aucune étude n'existe à l'heure actuelle pour déterminer une durée spécifique de traitement

chez les JIPEPT, on sait qu'au moins 10 % des jeunes suivis dans une CIP seront situation d'itinérance après 2 ans de suivi malgré l'intervention et que 22 % l'ont été à un moment donné au cours du suivi de 2 ans (Levesque 2014). Le but de cette étude était, de mesurer la stabilité en hébergement chez les JIPEPT. Les études de type CTI nous renseignent sur la durée avant la sortie de l'itinérance chez les patients itinérants adultes (généralement estimée entre 3 et 12 mois). Toutefois, cette durée n'aurait pas permis de savoir s'il y avait maintien de l'hébergement chez les JIPEPT, une fois sortis de l'itinérance une première fois, cette population ayant plusieurs caractéristiques différentes de leurs homologues adultes. L'expérience clinique et les résultats de l'étude de Lévesque et al (2014) chez les jeunes suivis par la CIP nous permettait de faire l'hypothèse que l'instabilité en hébergement était plutôt fréquente et prolongée sur plusieurs mois voire un an pour une proportion significative des jeunes psychotiques itinérants (22 %) et donc un suivi de 2 ans nous paraissait minimal pour pouvoir observer une stabilité.

Notons également que la plupart des études publiées chez les jeunes souffrant d'un PEP sont d'une durée de 18 à 24 mois (LEO, OPUS), ce qui nous permettait une comparaison plus aisée sur l'évolution fonctionnelle et symptomatique avec ces populations.

De plus, d'un point de vue pratique, une durée de 24 mois nous permettait de recruter un bassin de patients suffisant pour que la taille d'échantillon nous permette de faire des analyses sur un nombre acceptable de participants afin d'avoir une puissance acceptable. Au moment où les analyses ont été faites, trop peu de jeunes étaient suivis depuis 2012 pour permettre une analyse sur 36 mois de suivi. Une telle durée aurait pu être intéressante puisque les lignes directrices du CNESM (Gilbert & Jackson, 2014) recommandent une durée minimale de 36 mois pour un suivi d'intervention précoce après un PEP.

Finalement, puisque notre groupe comparateur provenait de l'échantillon des jeunes itinérants psychotiques de l'étude de Lévesque et al (2014), que les participants avaient déjà été recrutés et puisque leurs mesures avaient déjà été collectées annuellement, une durée de 24 mois permettait de simplifier les comparaisons en uniformisant la durée de suivi de l'échantillon ES au groupe comparateur.

Cueillette des données et sources d'information

Les données ont été recueillies lors d'entrevues de recherche menées par un assistant de recherche avec les participants qui acceptaient l'entrevue, puis complétées à l'aide des dossiers médicaux (papiers et électroniques, incluant les notes d'observation et prescriptions médicales, les notes d'infirmière et des intervenants psychosociaux, les laboratoires (incluant dosage de drogue de la rue), etc.), et à partir de discussions avec les intervenants («case manager») et psychiatres traitants des participants lorsqu'il y avait des données manquantes. Lorsque le participant refusait de participer à l'entrevue, les deux autres méthodes de collecte ont été utilisées.

Les données collectées par les assistants de recherche sont : les données sociodémographiques, l'autonomie en l'hébergement (type d'hébergement) et l'utilisation des services (nombre et durée d'hospitalisation et nombre de consultations à l'urgence) à partir de trois sources décrites ci-dessus. Les échelles dont la «Positive And Negative Syndrome Scale» (PANSS) (Kay, Fiszbein, & Opler, 1987), la «Depression Anxiety Stress Scale» (DASS) (Lovibond & Lovibond, 1995), la «Quality of Life Scale» (QLS) (Heinrichs, Hanlon, & Carpenter, 1984) et la «Time Line Follow Back» (TLFB) (Sobell, Toneatto, Sobell, Leo, & Johnson, 1992) sont remplies par un seul assistant de recherche lors d'entrevues avec les participants.

Les autres variables, soit 1) l'évolution fonctionnelle (SOFAS («Social and Occupational Functioning Assessment Scale»)) (*Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4th ed., text rev.)*, 2000)), 2) l'évolution clinique globale (CGI («Clinical global impression – severity»)) (Guy, 1976), GAF («Global assessment of functioning»)) (*Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4th ed., text rev.)*, 2000)), 3) l'évolution du trouble de l'utilisation de substances (AUS («Alcohol Use Scale»)), DUS (Drug Use Scale) (R. Drake & McHugo, 1996)), 4) l'évolution de la stabilité en hébergement et le diagnostic psychiatrique selon le DSM-IV-TR ont été déterminés par consensus avec la méthode du « meilleur estimé » à partir de toutes les sources d'informations disponibles (Kosten & Rounsaville, 1992) par un psychiatre (AAB-souvent psychiatre traitant et chercheur) et une résidente sénior en psychiatrie (VDG-étudiante à la maîtrise, résidente sénior en psychiatrie non impliquée dans les soins cliniques).

L'ensemble des variables a été recueilli annuellement, sauf la stabilité en hébergement qui a été recueillie à l'admission, puis à 1, 3, 6, 9, 12, 15, 18, et 24 mois dans le but de détecter précisément le moment des changements précoces

Justification du choix des variables étudiées

Les variables choisies pour mesurer l'évolution des JIPEPT visent à mesurer différentes dimensions de l'évolution de la psychose (soit l'évolution symptomatique) et divers aspects de l'évolution fonctionnelle (autonomie en hébergement, emploi,). Selon les travaux de Carpenter et coll. (Strauss & Carpenter, 1977) ces dimensions peuvent évoluer de façon indépendante et différente. Il importe donc de mesurer différentes dimensions lorsqu'on veut décrire l'évolution de la psychose, notamment dans une perspective de rétablissement (où certaines dimensions peuvent prendre plus d'importance selon chaque individu (Provencher, 2002)). Quant aux facteurs qui sont associés à l'évolution, ils sont basés sur les facteurs connus dans la littérature pour influencer l'évolution des troubles psychotiques, notamment la schizophrénie (Verdoux et al., 1999; Wing, 1989), et ceux connus comme étant des facteurs associés à l'itinérance (c. f. section revue de littérature). Ces facteurs sont détaillés ci-bas. Quant aux échelles énumérées plus haut, elles sont validées pour les populations souffrant de troubles psychotiques et sont souvent utilisées en recherche et en clinique, ce qui permet de simplifier la comparaison avec d'autres études et améliore la généralisation des résultats. De plus, elles sont facilement cotées par les chercheurs cliniciens travaillant auprès d'une population psychotique à partir de courtes entrevues et des données recueillies par l'assistant de recherche (dans le cadre de la revue de dossier où il note les observations décrites par l'ensemble de l'équipe).

Finalement, quelques mesures dont le GAF, le SOFAS et le CGI sont des mesures globales qui évoluent généralement de façon similaire et sont influencées par d'autres mesures dont le statut vocationnel et d'itinérance. Les multiples mesures connexes permettent également de s'assurer de la cohérence et l'exactitude des mesures prises ou en cas de discordances marquées, d'attirer l'attention du chercheur pour contrevérifier les données.

Facteurs associés à l'évolution de la psychose

Sociodémographiques

- Sexe
- Âge à l'admission
- Scolarité (plus haut diplôme complété, nombre d'années de scolarité)
- État matrimonial
- Statut occupationnel à l'admission (travail, école)
- Immigration (1^{re}, 2^e génération)
- Minorité visible
- Traumatisme durant l'enfance (incluant abus, placement, intimidation, décès d'un parent ou séparation d'une figure d'attachement durant l'enfance)
- Abus durant l'enfance (physique, sexuel, négligence)
- Durée d'itinérance avant le suivi
- Problèmes judiciaires

Diagnostics psychiatriques et comportements associés :

- Diagnostics psychiatriques
 - Trouble lié à l'utilisation de substance
 - Psychose (psychose affective/psychose non affective)
- Traits ou trouble de personnalité du cluster B
- Comportements de violence

Mesures d'évolution

Hébergement :

- **Stabilité en hébergement (issue primaire).** Définition adaptée à partir de la définition du rapport (Godley, 1987) (stable, instable) : Un hébergement stable est défini comme un hébergement (autonome ou supervisé) où le patient a été hébergé durant les 3 derniers mois, qui n'est pas un refuge d'urgence ou un hébergement temporaire pour itinérant ou personne en difficulté, ou encore, où le participant est hébergé depuis au moins un mois et où l'individu pourrait et souhaite rester au moins 6 mois à 1 an tel

que l'indique certains indices (ex. un bail ou autre type d'engagement) (Frederick, Chwalek, Hughes, Karabanow, & Kidd, 2014). La variable «stabilité en hébergement» a été choisie comme mesure principale, car elle représente la définition large de l'itinérance et a été utilisée dans d'autres études. Elle permet aussi de mesurer plus précisément le phénomène de l'itinérance qui est très fréquent chez les jeunes, mais, vu leur stade développemental, prend plusieurs autres formes que le simple fait d'être sans abri (ex. faire du «couch surfing», dormir quelques nuits chez des amis, connaissances ou chez la famille élargie puis redéménager ensuite à plusieurs reprises) (Karabanow & Naylor, 2013).

- Autonomie en hébergement (estimée à partir du type d'hébergement). Échelle adaptée pour les jeunes souffrant de psychose et itinérants à partir de l'échelle de (Ciompi, 1980) dont les catégories sont : itinérance, en appartement seul ou en colocation, avec les parents, en foyer de groupe, en appartement supervisé, en résidence intermédiaire (ex. résidence de type familial), en prison, à l'hôpital (longue durée) ou en centre de désintoxication. Afin de permettre l'analyse comparative, les différents types d'hébergements ont été regroupés en trois catégories : 1) logement autonome (seul, en colocation, chez les parents) ; 2) hébergement avec soutien (appartement supervisé, foyer de groupe) ; 3) itinérance 4) institution (centre de traitement pour la toxicomanie, hôpital) et 5) prison.

Évolution clinique globale :

- «Global Assessment of Functioning» (GAF) (*Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4th ed., text rev.)*, 2000) : Échelle tenant compte à la fois de la symptomatologie et du fonctionnement social, familial et occupationnel.
- «Clinical Global Assessment—Severity» (CGI-S) (Guy, 1976)

Évolution symptomatique :

- «Positive and Negative Syndrome Scale» (PANSS) (Kay et al., 1987)
- «Depression Anxiety Stress Scale» (DASS) (Lovibond & Lovibond, 1995)

Évolution Fonctionnelle:

- «Social and Occupational Functional Assessment Scale» (SOFAS) (*Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4th ed., text rev.)*, 2000)
- Statut occupationnel (catégories : sans emploi, sans études, travail temps plein, travail temps partiel, études temps plein, études temps partiel, programme réinsertion travail/étude)
- «Quality of Life Scale» (QLS) (Heinrichs et al., 1984)

Trouble de l'utilisation de substances :

- «Alcohol Use Scale» (AUS) (R. Drake & McHugo, 1996) : Abus d'alcool = $AUS \geq 3$, Dépendance à l'alcool = $AUS \geq 4$
- «Drug Use Scale» (DUS) (R. Drake & McHugo, 1996) : cannabis, cocaïne/crack, amphétamines et dérivés, autres (ex. opiacés, hallucinogènes, etc.) ; Abus de drogues = $DUS = 3$, Dépendance = $DUS \geq 4$
- «Time Line Follow Back» (TLFB).

Utilisation des services :

- Nombre d'hospitalisations par année
- Durée d'hospitalisation par année (jours)
- Nombre de consultations à l'urgence par année
- Ordonnance de traitement
- Utilisation d'antipsychotiques à action prolongée injectables
- Dose de la médication antipsychotique (équivalent chlorpromazine (mg)) (Virani, 2012)

Analyses statistiques

Les analyses statistiques ont été faites à l'aide du logiciel SPSS v20 (IBM Corp. Released 2011. IBM SPSS Statistics for Windows, version 20.0. IBM Corp., Armonk, NY, É.U.).

Représentativité de l'échantillon

Dans le but de déterminer la représentativité de l'échantillon toujours suivi dans les deux groupes, les participants perdus au suivi ont été comparés à ceux toujours suivis à 24 mois sur les différentes variables à l'admission susceptibles d'influencer l'évolution. Celles-ci incluent

les données sociodémographiques, le diagnostic, le statut d'hébergement et les résultats à l'admission du GAF, du SOFAS, du CGI, de l'AUS et du DUS.

Analyses comparatives

Les groupes ES+CIP et CIP ont été comparés à l'admission pour les variables sociodémographiques afin de déterminer s'il y avait des différences entre les 2 groupes à l'admission. Ensuite, l'évolution des 2 groupes a été comparée annuellement pour les variables d'évolution fonctionnelle (SOFAS, autonomie en hébergement) et clinique globale (GAF, CGI), l'utilisation des services, mais de manière plus rapprochée (environ aux 3 mois) pour la stabilité en hébergement au cours des 2 ans de suivi.

Les variables continues mesurées seulement à l'admission ont été comparées entre les groupes avec un test-T et les variables catégorielles avec le test de chi-carré ou un test exact de Fisher (lorsque $n < 5$ dans un groupe). La différence entre les groupes ES+CIP et CIP pour l'autonomie à l'hébergement (type d'hébergement) a été mesuré avec un test de chi-carré.

L'évolution de la stabilité en hébergement a été analysée à l'aide d'une analyse de survie (modèle de régression de Cox et Kaplan-Meier (log rank)). Les résultats ont été contrôlés pour les facteurs potentiellement confondants, dont le TLUS (abus = AUS ou DUS ≥ 3 vs dépendance = AUS ou DUS ≥ 4), le diagnostic psychiatrique (psychose affective ou psychose non affective), le niveau d'éducation (secondaire complété ou non) et la présence de traits/troubles de la personnalité du cluster B. Ces variables ont été sélectionnées selon les données connues dans la littérature (Levesque & Abdel-Baki, 2014) et notre expérience clinique comme pouvant influencer la stabilité en hébergement, malgré qu'aucune différence statistiquement significative n'ait été démontrée entre les groupes à l'admission.

Les mesures symptomatiques et fonctionnelles continues répétées annuellement (GAF, SOFAS, CGI) ont été analysées avec une ANOVA à mesures répétées avec correction de Bonferroni pour l'ajustement de l'erreur entre les différentes paires de temps mesurées.

Finalement, la différence entre les groupes pour le TLUS (pour chacune des substances) à chaque temps a été analysée avec une analyse du chi-carré et l'utilisation des services en santé mentale (variable continue) avec un test-T.

Les résultats sur la proportion d'utilisation d'antipsychotiques longue-action, les doses utilisées (en équivalent chlorpromazine) et les proportions des patients en ordonnance de traitement ont été comparées entre les groupes avec un test du chi-carré et un test-T respectivement à l'admission, 12 mois et 24 mois.

Considérations éthiques

Suite à la constatation des résultats d'une étude antérieure démontrant que les JIPEPT évoluent moins bien que les PEP non itinérants, le CHUM a voulu optimiser les services ciblant cette clientèle. La présente étude d'évaluation de programme s'intéresse à l'impact de l'implantation d'un nouveau sous-programme clinique qui s'adresse aux JIPEPT. L'implantation de l'ES s'est faite de façon intégrée au processus de recherche évaluative, mais son développement ce serait fait indépendamment du projet de recherche, s'il n'avait pas été mis en place à l'initiative des chercheurs cliniciens responsables du projet. Le projet de recherche vise à documenter la pertinence et l'efficacité de l'ES. Ainsi, mis à part le temps passé pour la collaboration aux entrevues de recherche (volontaires), les participants n'ont subi aucun préjudice puisqu'ils auraient de toute façon reçu cette intervention visant à bonifier les services cliniques déjà existants auparavant. Nous considérons que les risques étaient minimales en s'enrôlant dans ce projet.

Par ailleurs, les participants pourraient bénéficier de cette étude en ce sens où les résultats ont été partagés avec l'équipe traitante dès l'analyse préliminaire des données.. L'étude a donc pu permettre à l'ES d'optimiser ses services pour améliorer l'évolution des participants.

Dans le but de protéger la confidentialité, tous les participants de l'étude se sont vus attribuer un numéro d'identification; ainsi aucun renseignement personnel n'est associé à des informations nominatives. De plus, tous les renseignements sont conservés dans un classeur verrouillé, et ne peuvent être consultés que par les chercheurs participant directement à l'étude. Les résultats de l'étude seront publiés dans des revues scientifiques. Toutefois, ils ne porteront pas sur un participant au programme en particulier, mais reflèteront plutôt les résultats de l'ensemble des patients. Ainsi, en aucun temps des renseignements nominatifs permettant de dévoiler l'identité des participants ne seront publiés.

Le projet a été entériné par les Comités scientifique et d'éthique de la recherche du Centre de recherche du CHUM.

3. Résultats

Les résultats sont présentés sous la forme d'un article visant à être publié dans une revue scientifique dotée d'un comité de révision par les pairs.

3.1 ARTICLE: Impact de l'ajout d'une équipe de proximité spécialisée pour les jeunes psychotiques itinérants et toxicomanes à une clinique d'intervention précoce pour la psychose — résultats d'un suivi de 24 mois *Virginie Doré-Gauthier, Didier Jutras-Aswad, Clairéline Ouellet-Plamondon, Amal Abdel-Baki*

Résumé La littérature actuelle suggère que le traitement optimal pour les jeunes itinérants atteints d'un premier épisode psychotique et de toxicomanie (JIPEPT) devrait offrir de façon intégrée un support à l'hébergement individualisé, des interventions de proximité «outreach», une prise en charge précoce intensive spécialisée pour la psychose et une offre de soins pour la toxicomanie. C'est dans cette optique que le Centre Hospitalier Universitaire de Montréal (CHUM) a créé en 2012 une telle équipe de suivi intensif de proximité, l'Équipe d'Intervention Intensive de Proximité (EQIIP SOL) pour les JIPEPT. Objectifs : Explorer l'effet de l'ajout de l'EQIIP SOL (ES) aux services d'une Clinique spécialisée d'intervention précoce pour la psychose (CIP) sur l'évolution de la stabilité en hébergement, l'évolution fonctionnelle et symptomatique, et l'utilisation de services des JIPEPT. **Méthode** : Étude de suivi longitudinale comparant l'évolution et l'utilisation de service des JIPEPT suivi par l'ES et la CIP depuis 2012 à une cohorte historique des tous les jeunes itinérants psychotiques suivis à la CIP seulement (2005-2011). Les données (sociodémographiques, stabilité et autonomie en hébergement, fonctionnement (GAF, SOFAS, emploi, etc.), sévérité de la maladie (CGI), sévérité de la toxicomanie (AUS, DUS), consultations à l'urgence et hospitalisations ont été collectées à l'admission, 1 mois, 3 mois, puis aux 3 mois jusqu'à 24 mois. **Résultats** : Les participants suivis par l'ES semblent atteindre la stabilité en hébergement plus rapidement que ceux suivis par la CIP seulement. Le fait de recevoir l'intervention ES+CIP augmente la probabilité d'atteindre une stabilité en hébergement au cours du suivi (RR 2,38) ($p=0,017$), alors que l'abus de cocaïne était associé à une plus faible probabilité d'être stable en hébergement (RR 0,25) ($p=0,04$). On note aussi une diminution de la durée totale d'hospitalisation associée à l'ES. L'évolution globale de la symptomatologie, du niveau de fonctionnement et de la toxicomanie des 2 groupes est similaire. **Conclusion** : L'ajout d'une équipe intensive de proximité, visant la sortie de l'itinérance et la stabilité en hébergement, à une CIP, semble pouvoir permettre d'augmenter le taux d'atteinte de la stabilité en hébergement chez les JIPEPT et de réduire le nombre de jours d'hospitalisation.

Introduction:

Chaque nuit au Canada, 6000 jeunes âgés entre 15 et 25 ans sont sans-abri (Gaetz et al., 2014). La psychose se développe le plus souvent à cet âge et les jeunes qui se retrouvent à la rue à cette période y sont à une étape cruciale de leur développement, avec parfois peu d'acquis et de ressources pour trouver et maintenir un logement stable (Arlington, 2013). Aussi, la maladie psychotique ainsi que l'utilisation de drogues et d'alcool sont des facteurs de risque bien connus d'itinérance (Odell & Commander, 2000). On voit ainsi les liens multiples qui lient ces diverses conditions et qui compliquent leur tableau respectif.

On note chez les jeunes sans-abri une plus forte prévalence de maladies psychiatriques sévères que chez leurs aînés (Hill et al., 2012 ; Odell & Commander, 2000). Chez les jeunes itinérants souffrant d'un premier épisode psychotique (JIPEP), le risque de mortalité par suicide ou surdose de drogue, ainsi que le risque d'homicide sont fortement accrus (Nielsen & Large, 2010 ; Sara et al., 2014). Par rapport aux jeunes atteints de psychose émergente sans histoire d'itinérance, les JIPEP sont plus à risque de souffrir d'une maladie mentale non affective, d'avoir un trouble lié à l'utilisation de substances (TLUS), de présenter des traits de personnalité du Cluster B ainsi que d'avoir des problèmes judiciaires (Levesque & Abdel-Baki, 2014).

Même en présence d'un suivi CIP, les JIPEPT évoluent moins bien que les jeunes sans histoire d'itinérance tant au niveau symptomatique, qu'au niveau fonctionnel et vocationnel, et ce, malgré une utilisation plus importante des services d'hospitalisation et d'urgence psychiatrique (Abdel-Baki et al., 2014).

Les résultats cités précédemment ainsi qu'une revue de littérature scientifique ((Doré-Gauthier, Jutras-Aswad, Ouellet-Plamondon, & Abdel-Baki, s. d.)) suggèrent qu'il y a nécessité de développer de nouvelles approches d'intervention spécifiques à la population des JIPEPT. Quoiqu'aucune étude publiée ne décrive d'approche spécifique à cette clientèle, plusieurs études menées dans différentes populations présentant des problématiques complexes et connexes aux JIPEPT ont démontré l'efficacité d'approches intégrant ces différentes composantes d'intervention: 1) l'importance d'une sortie rapide de l'itinérance

grâce à du support pour la recherche d'un hébergement et pour le maintien de celui-ci (telle que démontrée efficace par les interventions de type suivi intensif dans le milieu (SIM), «Critical Time intervention» (CTI) et «Logement d'abord » (LD) chez les adultes itinérants plus âgés et atteints de maladies mentales); 2) une intensité de service élevée fournie précocement lors de la sortie des hôpitaux pour éviter un retour à la rue (telle que dans le CTI) (Susser et al., 1997 ; Tomita & Herman, 2012, 2015 ; Tomita et al., 2014); 3) l'utilisation d'interventions de proximité offertes dans le milieu de vie (telle que dans le SIM (Coldwell & Bender, 2007)), notamment dans les refuges ou les autres ressources que fréquentent les jeunes itinérants (qui sont différentes des itinérants plus âgés) ou dans la rue directement (Rotheram-Borus et al., 2003 ; Slesnick & Kang, 2008 ; Slesnick, Kang, et al., 2007 ; Slesnick, Prestopnik, et al., 2007 ; Wagner et al., 1994); 4) l'intégration des traitements de santé mentale, de toxicomanie et d'itinérance au sein d'une même équipe (Burnam et al., 1996 ; R. E. Drake et al., 1997); 5) la mise sur pied d'une équipe de «case managers» expérimentés dans l'approche de «case management» modifiée pour les premiers épisodes psychotiques. (Craig et al. 2004, Garety et al., 2006 ; Secher et al., 2015)

Ainsi, pour répondre aux besoins de ces JIPEPT souvent difficiles à traiter, une équipe spécialisée, l'ES, s'est ajoutée au sein même de l'équipe CIP, la clinique des jeunes adultes psychotiques (JAP) du CHUM en collaboration avec une unité spécialisée en psychiatrie des toxicomanies (UPT).

Objectifs:

L'objectif primaire (1) est de comparer le taux et le délai d'atteinte de la stabilité en hébergement entre les JIPEPT recevant les soins de l'ES en plus d'une CIP et les JIPEPT recevant le support d'une CIP seulement. Les autres objectifs sont de 2) comparer l'évolution de la sortie de l'itinérance et de l'autonomie en hébergement (type d'hébergement) entre les JIPEPT recevant les soins de l'ES + CIP et les JIPEPT recevant le support d'une CIP seulement ; 3) comparer l'évolution fonctionnelle chez les JIPEPT recevant les soins de l'ES + CIP à celle des JIPEPT recevant le support de la CIP seulement ; 4) comparer l'évolution clinique globale (incluant les symptômes) chez les JIPEPT recevant les soins de l'ES + CIP à celle des JIPEPT recevant le support de la CIP seulement 5) comparer l'évolution du TLUS

chez les JIPEPT recevant les soins de l'ES + CIP à celle des JIPEPT recevant le support de la CIP seulement et; 6) comparer l'utilisation de services aigus en santé mentale (hospitalisations et consultations à l'urgence) des 2 groupes.

Méthode:

Il s'agit d'une étude comparative de l'évolution à 24 mois de tous les JIPEPT ayant reçu le traitement ES pendant au moins 24 mois entre 2012 et 2015 à une cohorte historique incluant tous les JIPEPT lors de leur admission à la Clinique JAP ayant reçu le traitement CIP seulement entre 2005 et 2011.

Interventions :

L'ES est née en février 2012 au CHUM. Cette équipe résulte de la collaboration entre deux services du CHUM : 1) la clinique JAP, une équipe CIP et 2) l'UPT, une clinique de services intégrés pour les individus souffrant d'une comorbidité de maladie psychiatrique et trouble lié à l'utilisation de substance sévère. La visée première de l'ES est de faciliter la sortie de l'itinérance des JIPEPT. Les autres objectifs sont d'améliorer l'accessibilité aux soins psychiatriques requis par leur état de santé, de diminuer l'usage et/ou les comportements délétères associés à l'usage de substances et de favoriser l'intégration sociale par le retour au travail ou aux études.

Cinq psychiatres (à temps partiel) contribuent à l'ES ainsi que 3 travailleurs sociaux. Les critères d'admissibilité sont les suivants : 1) être itinérant ou à risque d'itinérance; 2) être âgé de 18 à 30 ans; 3) présenter un trouble mental et un TLUS sévère. Les jeunes présentant un premier épisode psychotique reçoivent les services de la clinique JAP, auxquels s'ajoutent ceux de l'ES en cas d'itinérance et ceux de l'UPT lorsque la problématique psychiatrique est autre, ou que la toxicomanie sévère est à l'avant-plan. L'approche de l'ES en est une de «case management» intensif. Elle intègre les «éléments actifs» de diverses approches décrites comme efficaces dans la littérature pour le support aux itinérants, notamment, l'accent sur le retour en hébergement stable (recherche d'hébergement, aide/support pour maintenir l'hébergement), des interventions de proximité («outreach» pour les démarches sociales dans le milieu, pour les relances lorsqu'un jeune ne se présente pas à la clinique, pour des

interventions conjointes avec les milieux de vie, etc.), une approche intensive et précoce lors des périodes à risque de retour à la rue (par exemple sortie de l'hôpital, perte d'un hébergement) et des services intégrés en toxicomanie. Ceci se combine à l'approche de traitement précoce pour la psychose, traitement démontré efficace et recommandé par les lignes directrices canadiennes.

Ces objectifs sont atteints via un partenariat développé avec les divers organismes communautaires et gouvernementaux qui œuvrent avec les jeunes de la rue. Ainsi, des refuges d'urgence (Refuges des Jeunes, Bunker-Dans la Rue), des centres de jours (Dans la rue-Chez POPS), la clinique des Jeunes de la rue du CLSC des Faubourgs (situé dans le CSSS Jeanne-Mance), des organismes d'hébergement (maison St-Dominique, Auberges du Cœur, etc.), des organismes d'accompagnement (Diogène, Médecins du Monde), et des organismes œuvrant en toxicomanie (Portage, Cactus, Pharillon, Centre de Réadaptation en Dépendance de Montréal (CRDM), etc.) travaillent en collaboration avec les membres de l'ES afin d'atteindre les objectifs de réinsertion.

L'intensité de traitement de l'ES («case management»¹ intervenant pour 10-15 jeunes) permet une grande disponibilité des intervenants. Les jeunes et les intervenants communautaires peuvent donc avoir un lien direct et rapide avec l'équipe ES afin d'éviter la rechute ou le retour à la rue et d'intervenir promptement en cas de crise. De plus, le fonctionnement de l'équipe favorise le développement de liens de confiance avec les jeunes et les intervenants communautaires. Les intervenants de l'ES sont présents de façon régulière (ex. quotidienne ou hebdomadaire) dans les organismes communautaires principaux et au besoin dans les autres organismes ou ceux qui ne souhaitent pas la présence de l'ES de façon statutaire. Des formations sur la psychose et ses comorbidités, l'importance de l'intervention précoce, l'impact de l'itinérance sur la santé, les aspects légaux et éthiques, etc. sont offertes par l'ES aux organismes et ceux-ci effectuent également un transfert de connaissances, d'expérience et d'expertise (concernant l'intervention auprès des jeunes de la rue) avec l'ES. Finalement des réunions régulières (au moins une fois par mois) de partage d'information administrative et cliniques avec les différents organismes permettent l'instauration d'une communauté de pratique, le partage d'une philosophie commune et une meilleure connaissance des organismes partenaires et de leurs particularités. Ces derniers éléments de

collaboration entre l'ES et le réseau des organismes d'intervention auprès des jeunes de la rue (RIPAJ) est un élément clé de cette approche.

Les patients du groupe CIP (groupe contrôle) sont suivis par la CIP seulement. Au cœur de ce traitement se situe un suivi par un «case manager» ayant une cohorte de patients 2 fois plus nombreuse que ceux de l'ES, soit environ 25-30 jeunes. La CIP offre également des groupes thérapeutiques, de l'intervention familiale, un suivi par une équipe interdisciplinaire (ergothérapeute, infirmière, travailleurs sociaux, etc.), de la psychothérapie individuelle, etc. Ces différents services sont basés sur les guides de pratique internationaux (Iyer & Malla, 2014; McGorry & Lieberman, 2002).

Sélection des sujets:

Dans le groupe ES sont inclus tous les JIPEPT, ayant reçu le traitement de l'ES en ajout à la CIP pendant au moins 24 mois entre 2012 et octobre 2015. Dans le groupe CIP (contrôle) sont inclus tous les JIPEPT au moment de leur admission à la CIP Clinique JAP du CHUM entre 2005 et fin 2011 (avant la création de l'ES) et donc ayant reçu le traitement CIP seulement.

Recrutement:

L'ensemble des patients référés à la CIP ou directement à l'ES ont été évalués par une équipe multidisciplinaire (incluant au moins un psychiatre, et un autre professionnel de la santé (travailleur social, ergothérapeute ou infirmière)) pour déterminer s'ils répondent aux critères d'admission de la CIP (ou, entre 2012 et 2015, de l'ES). Dès que leur état mental le permettait, les participants étaient rencontrés par l'assistant de recherche pour l'obtention du consentement après avoir vérifié qu'ils correspondent aux critères d'admission.

Afin de s'assurer que l'échantillon représente bien l'éventail de tous les JIPEPT, une permission a été obtenue de la direction des services professionnels et du comité d'éthique de la recherche pour effectuer une collecte de données dénominalisées sur les dossiers des patients ayant refusé de participer à la recherche (puisque ceux-ci représentent potentiellement un sous-groupe différent qui pourrait, par exemple, être plus méfiant par rapport aux services) ou les patients qui n'ont pu être recrutés pour différentes raisons (ex. perdus au suivi trop rapidement ou avant que leur état soit assez stabilisé pour être approchés pour le recrutement).

Cueillette des données et sources d'information:

Les données ont été recueillies lors d'entrevues de recherche menées par un assistant de recherche avec les participants qui acceptaient l'entrevue, puis complétées à l'aide des dossiers médicaux (papiers et électroniques, incluant les notes d'observation et prescriptions médicales, les notes d'infirmière et des intervenants psychosociaux, les laboratoires (incluant dosage de drogue de rue), etc.), et à partir de discussions avec les intervenants («case manager») et psychiatres traitants des participants lorsqu'il y avait des données manquantes. Lorsque le participant refusait de participer à l'entrevue, les deux autres méthodes de collecte ont été utilisées.

Les données collectées par les assistants de recherche sont : les données sociodémographiques, l'autonomie en l'hébergement (type d'hébergement) et l'utilisation des services (nombre et durée d'hospitalisation et nombre de consultations à l'urgence) à partir de trois sources décrites ci-dessus. Les échelles dont la «Positive And Negative Syndrome Scale» (PANSS) (Kay et al., 1987), la «Depression Anxiety Stress Scale» (DASS) (Lovibond & Lovibond, 1995), la «Quality of Life Scale» (QLS) (Heinrichs et al., 1984) et la «Time Line Follow Back» (TLFB) (Sobell et al., 1992) sont remplies par un seul assistant de recherche lors d'entrevues avec les participants. Les autres variables, soit 1) l'évolution fonctionnelle (SOFAS («Social and Occupational Functioning Assessment Scale») (*Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4th ed., text rev.)*, 2000)), 2) l'évolution clinique globale (CGI («Clinical global impression – severity») (Guy, 1976), GAF («Global assessment of functioning») (*Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4th ed., text rev.)*, 2000)), 3) l'évolution du trouble de l'utilisation de substances (AUS («Alcohol Use Scale»), DUS (Drug Use Scale) (R. Drake & McHugo, 1996)), 4) l'évolution de la stabilité en hébergement et le diagnostic psychiatrique selon le DSM-IV-TR ont été déterminés par consensus avec la méthode du « meilleur estimé » à partir de toutes les sources d'informations disponibles (Kosten & Rounsaville, 1992) par un psychiatre (AAB-souvent psychiatre traitant et chercheur) et une résidente sénior en psychiatrie (VDG-étudiante à la maîtrise, résidente sénior en psychiatrie non impliquée dans les soins cliniques).

La variable de l'évolution de la stabilité en hébergement (issue principale) est mesurée à partir de la définition du rapport (Frederick et al., 2014 ; Godley, 1987)). Un hébergement stable est défini comme un hébergement (autonome ou supervisé) où le patient a été hébergé durant les 3 derniers mois, qui n'est pas un refuge d'urgence ou un hébergement temporaire pour itinérant ou personne en difficulté, ou encore, où le participant est hébergé depuis au moins un mois et où l'individu pourrait et souhaite rester au moins 6 mois à 1 an tel que l'indique certains indices (ex. un bail ou autre type d'engagement) (Frederick et al., 2014). La variable autonomie en hébergement (estimée à partir du type d'hébergement) a été mesurée selon une échelle adaptée pour les jeunes souffrant de psychose et itinérants à partir de l'échelle de (Ciompi, 1980) dont les catégories sont : itinérance, en appartement seul ou en colocation, avec les parents, en foyer de groupe, en appartement supervisé, en résidence intermédiaire (ex. résidence de type familial), en prison, à l'hôpital (longue durée) ou en centre de désintoxication. Afin de permettre l'analyse comparative, les différents types d'hébergements ont été regroupés en trois catégories : 1) logement autonome (seul, en colocation, chez les parents) ; 2) hébergement avec soutien (appartement supervisé, foyer de groupe) ; 3) itinérance 4) institution (centre de traitement pour la toxicomanie, hôpital et 5) prison.

L'ensemble des variables a été recueilli annuellement, sauf la stabilité en hébergement qui a été recueillie à l'admission, puis à 1, 3, 6, 9, 12, 15, 18, et 24 mois dans le but de détecter précisément le moment des changements précoces.

Analyses statistiques:

Les analyses statistiques ont été faites à l'aide du logiciel SPSS v20 (IBM Corp. Released 2011. IBM SPSS Statistics for Windows, version 20.0. IBM Corp., Armonk, NY, É.-U.).

Représentativité de l'échantillon:

Dans le but de déterminer la représentativité de l'échantillon toujours suivi dans les deux groupes, les participants perdus au suivi ont été comparés à ceux toujours suivis à 24 mois sur les différentes variables à l'admission susceptibles d'influencer l'évolution. Celles-ci incluent

les données sociodémographiques, le diagnostic, le statut d'hébergement et les résultats à l'admission du GAF, du SOFAS, du CGI, de l'AUS et du DUS.

Analyses comparatives

Les groupes ES+CIP et CIP ont été comparés à l'admission pour les variables sociodémographiques afin de déterminer s'il y avait des différences entre les 2 groupes à l'admission. Ensuite, l'évolution des 2 groupes a été comparée annuellement pour les variables d'évolution fonctionnelle (SOFAS, autonomie en hébergement) et clinique globale (GAF, CGI), l'utilisation des services, mais de manière plus rapprochée (environ aux 3 mois) pour la stabilité en hébergement au cours des 2 ans de suivi.

Les variables continues mesurées seulement à l'admission ont été comparées entre les groupes avec un test-T et les variables catégorielles avec le test de chi-carré ou un test exact de Fisher (lorsque $n < 5$ dans un groupe). La différence entre les groupes ES+CIP et CIP pour l'autonomie à l'hébergement (type d'hébergement) a été mesuré avec un test de chi-carré.

L'évolution de la stabilité en hébergement a été analysée à l'aide d'une analyse de survie (modèle multivarié de régression de Cox et Kaplan-Meier (log rank)). Les résultats ont été contrôlés pour les facteurs potentiellement confondants, dont le TLUS (abus = AUS ou DUS ≥ 3 , dépendance = AUS ou DUS ≥ 4), le diagnostic psychiatrique (psychose affective ou psychose non affective), le niveau d'éducation (secondaire complété ou non) et la présence de traits/troubles de la personnalité du cluster B. Ces variables ont été sélectionnées selon les données connues dans la littérature (Levesque & Abdel-Baki, 2014) et notre expérience clinique comme pouvant influencer la stabilité en hébergement, malgré qu'aucune différence statistiquement significative n'ait été démontrée entre les groupes à l'admission.

Les mesures symptomatiques et fonctionnelles continues répétées annuellement (GAF, SOFAS, CGI) ont été analysées avec une ANOVA à mesures répétées avec correction de Bonferroni pour l'ajustement de l'erreur entre les différentes paires de temps mesurées.

Finalement, la différence entre les groupes pour le TLUS (pour chacune des substances) à chaque temps a été analysée avec une analyse du chi-carré et l'utilisation des services en santé mentale (variable continue) avec un test-T.

Les résultats sur la proportion d'utilisation d'antipsychotiques longue-action, les doses utilisées (en équivalent chlorpromazine) et les proportions des patients en ordonnance de traitement ont été comparées entre les groupes avec un test du chi-carré et un test T respectivement à l'admission, 12 mois et 24 mois.

Considérations éthiques :

Le projet a été entériné par les Comités scientifique et d'éthique de la recherche du Centre de recherche du CHUM.

Résultats

En date du 1^{er} septembre 2015, 24 participants suivis par l'ES+CIP avaient complété 24 mois de suivi. Durant la période de l'étude de traitement par la CIP seulement (2005-2010), 26 participants étaient itinérants à l'admission et représentent ici la cohorte historique comparative. Parmi ceux-ci, 8 participants du groupe ES+CIP et 8 participants du groupe CIP ont refusé les rencontres de recherche et leurs données ont donc été récoltées sur dossier uniquement. Les résultats présentés incluent les données de l'ensemble des deux groupes.

Tableau 1 : Description des caractéristiques des participants à l'admission

	ES (n=24)	CIP (n=26)	p
Âge (moyenne, années) (écart-type)	24,1(±3,0)	23,6(±3,5)	0,595
Sexe (% hommes) (N)	91,7(22)	92,3(24)	0,664
Minorité visible (% oui) (N)	41,7 (14)	23,1(20)	0,135
Immigration (% oui) (N)	50,0(12)	42,3(11)	0,397
État matrimonial (% célibataire) (N)	87,5(21)	92,3(24)	0,461
Nombre d'années de scolarité (moyenne ; années) (écart-type) (N)	8,7(±2,1)	9,4(±2,9)	0,382
Sans occupation scolaire (% oui) (N)	95,7(22)	80,8(21)	0,125
Sans emploi (% oui) (N)	95,8(23)	88,5(23)	0,336
Antécédents d'abus durant l'enfance (tous types) (% oui) (N)	90,5(19)	76,2(16)	0,205
Traumatisme* durant l'Enfance (% oui) (N)	87,5(21)	88,5(23)	0,545
Placement durant l'enfance (% oui) (N)	38,9(11)	41,7(14)	0,555
Antécédents de problèmes judiciaires (% oui) (N)	58,3(14)	69,6(16)	0,310
Diagnostic (% psychose non affective) (N)	62,5(15)	80,0(20)	0,149
Traits de personnalité du cluster B (% oui) (N)	66,7(16)	61,5(16)	0,468
Médication (% antipsychotiques longue-action) à l'admission (N)	45,8(13)	28,0(18)	0,159
Médication antipsychotique (équivalent Chlorpromazine (mg)) à l'admission (écart-type)	237,0(±257,5)	195,5(±139,1)	0,487
*incluant abus, placements, intimidation, décès d'un parent ou séparation d'une figure d'attachement durant l'enfance			

Pertes au suivi:

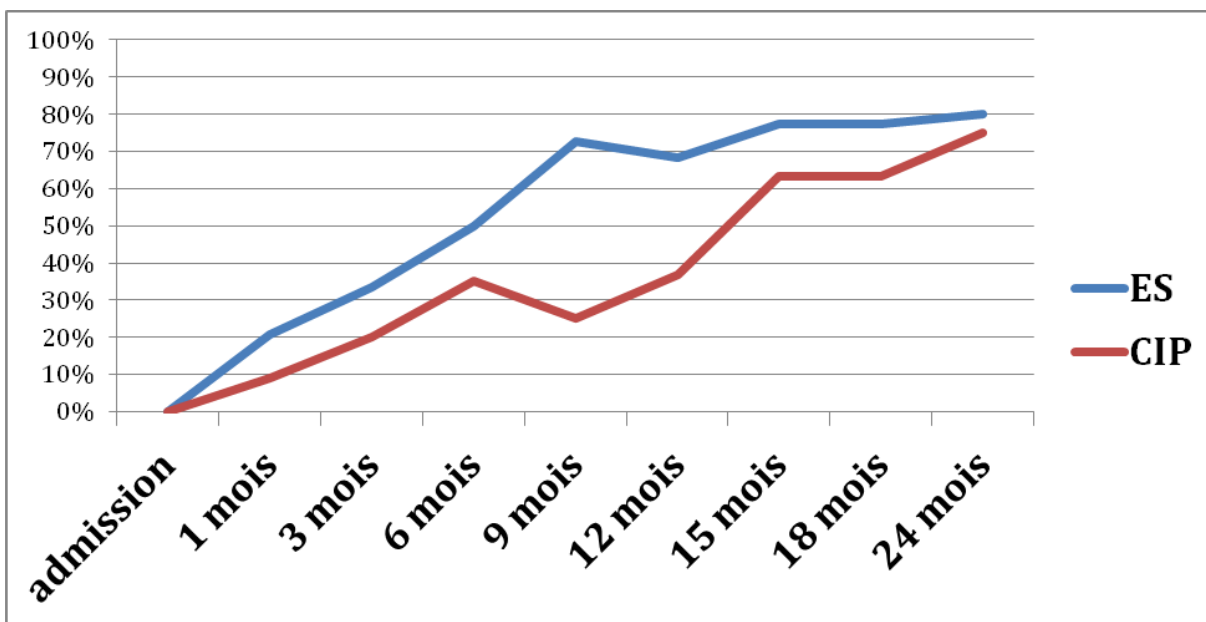
Après 24 mois de suivi, parmi les 24 participants suivis par l'ES+CIP, 4 (16,7 %) ont été perdus au suivi contre 6 des 26 participants (23,1 %) dans le groupe CIP. Aucune différence statistiquement significative sur les données à l'admission (tableau 1) n'a été détectée parmi les participants perdus au suivi par rapport à ceux toujours suivis dans chacun des 2 groupes.

Stabilité de l'hébergement:

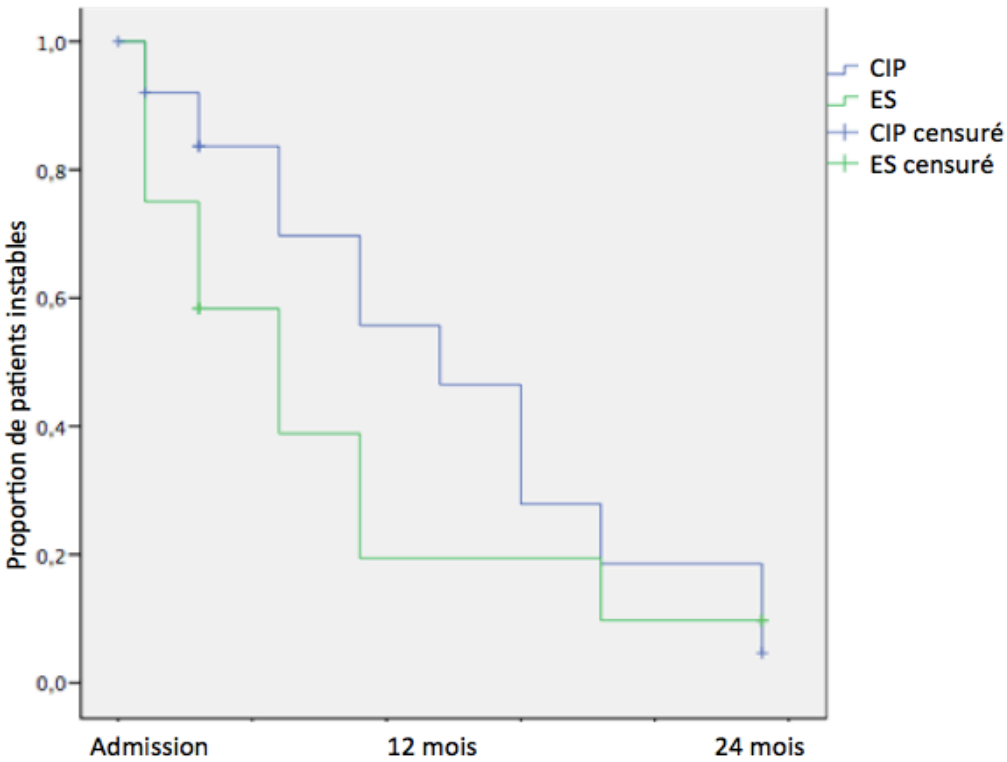
Les participants suivis par l'ES+CIP semblent atteindre la stabilité en hébergement plus rapidement que ceux suivis par la CIP seulement (7,15 mois vs 13,78 mois respectivement). La comparaison des courbes de Kaplan-Meier avec le test du log-rank ne permet pas de conclure à une différence significative entre les groupes (RR=1,49, p=0,210). Par contre,

lorsque sont entrées dans le modèle de régression les variables potentiellement confondantes (TLUS, diagnostic psychiatrique (psychose affective ou psychose non affective), niveau d'éducation (secondaire complété ou non) et présence de traits/troubles de la personnalité du cluster B), le fait de recevoir l'intervention ES+CIP augmente la probabilité d'atteindre une stabilité en hébergement au cours du suivi (RR 2,38) (p=0,017), alors que l'abus de cocaïne était associé à une plus faible probabilité d'être stable en hébergement (RR 0,25) (p=0,04).

Graphique 1 Évolution de la stabilité en hébergement (% stable)



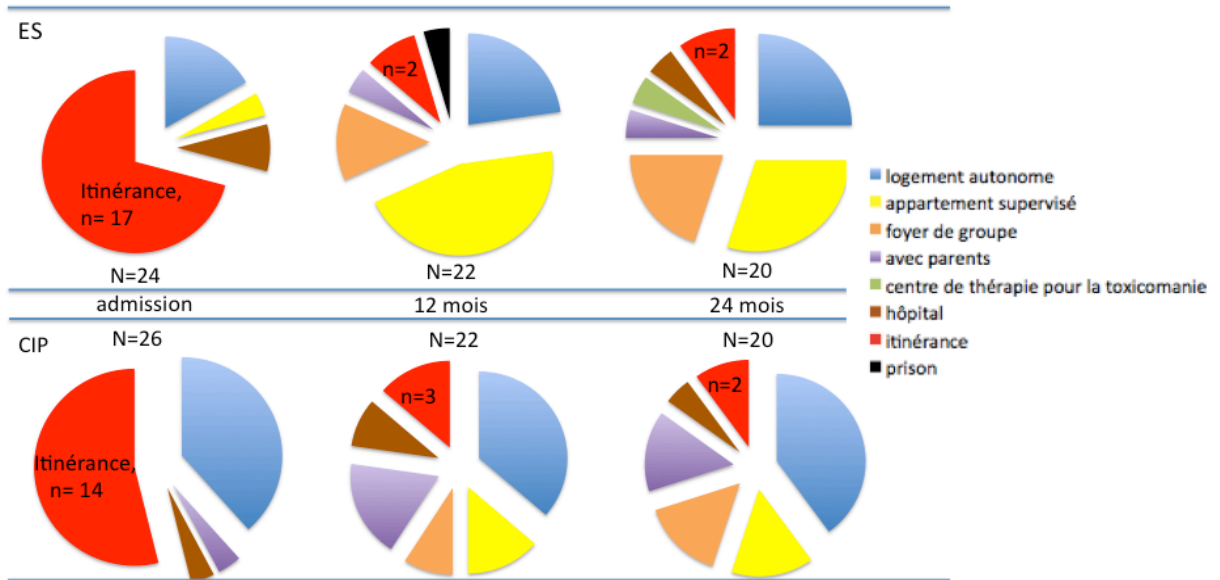
Graphique 2 : Analyse de survie (régression de Cox) - Taux de stabilité en hébergement



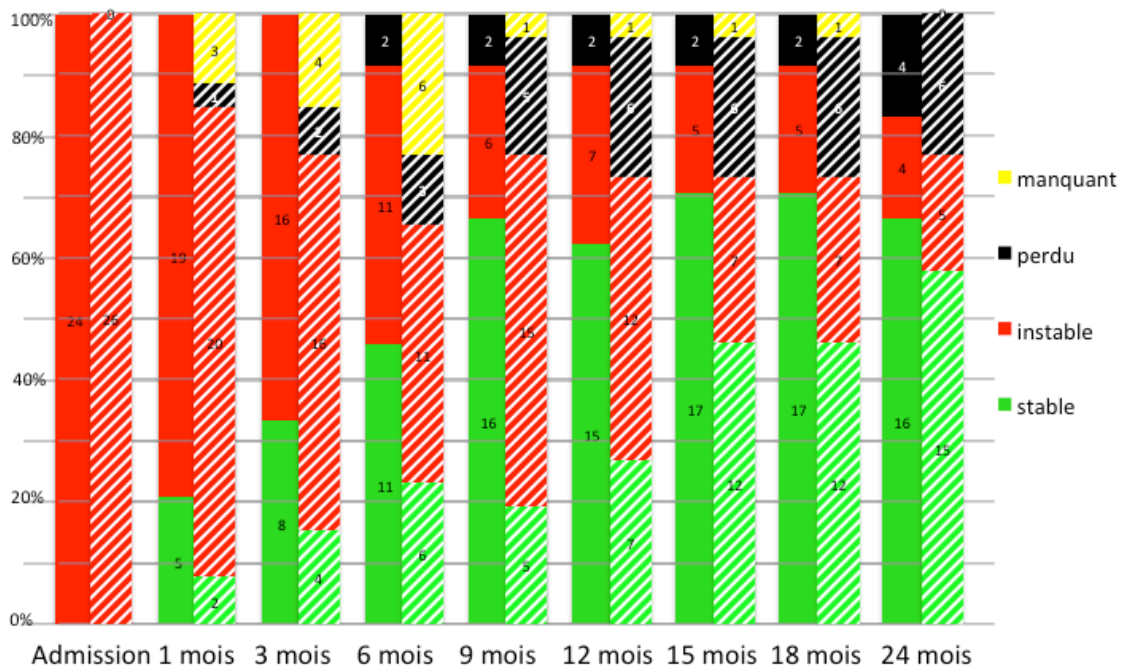
Autonomie en hébergement:

L'autonomie en hébergement (estimée par le type d'hébergement) des participants à différents moments du suivi est décrite dans la figure 1. L'itinérance diminue de façon très marquée dans les deux groupes surtout durant la première année du suivi au profit de différents types d'hébergements, avec seulement environ 10 % des participants qui restent itinérants. À l'admission, puis à 12 et 24 mois, il n'y a pas de différence statistiquement significative ($p > 0,05$) entre les deux groupes dans la proportion qui demeurent itinérante. Par contre, on note qu'à 12 mois les participants du groupe ES+CIP se retrouvent, de manière statistiquement significative, davantage en hébergement avec soutien (appartement supervisé ou foyer de groupe: ES+CIP=57%, CIP=23%; $p=0,04$) que les participants du groupe CIP qui eux se retrouvent plus fréquemment en logement autonome (seul ou chez leurs parents: ES+CIP=22%, CIP=55%; $p=0,04$). Toutefois, cette différence entre les groupes disparaît à 24 mois de suivi ($p=0,267$).

Graphique 3 : Évolution de l'autonomie en hébergement (type d'hébergement)



Graphique 4 : Répartition de la cohorte ES+CIP et CIP *

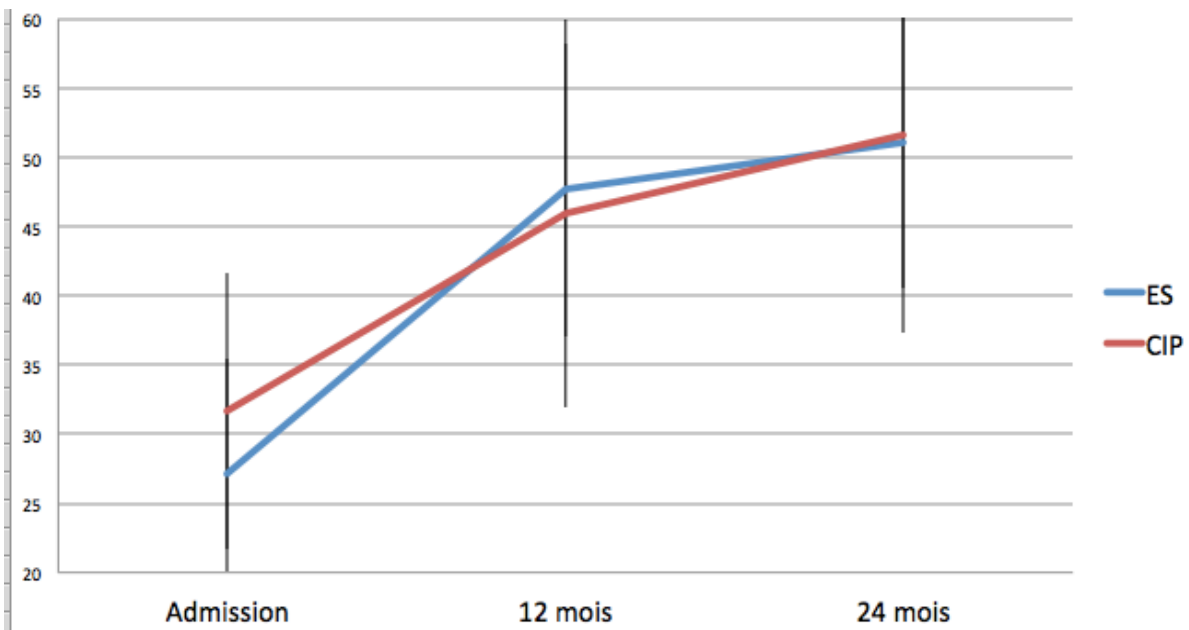


* ES+CIP =couleur pleine, CIP=texture hachurée

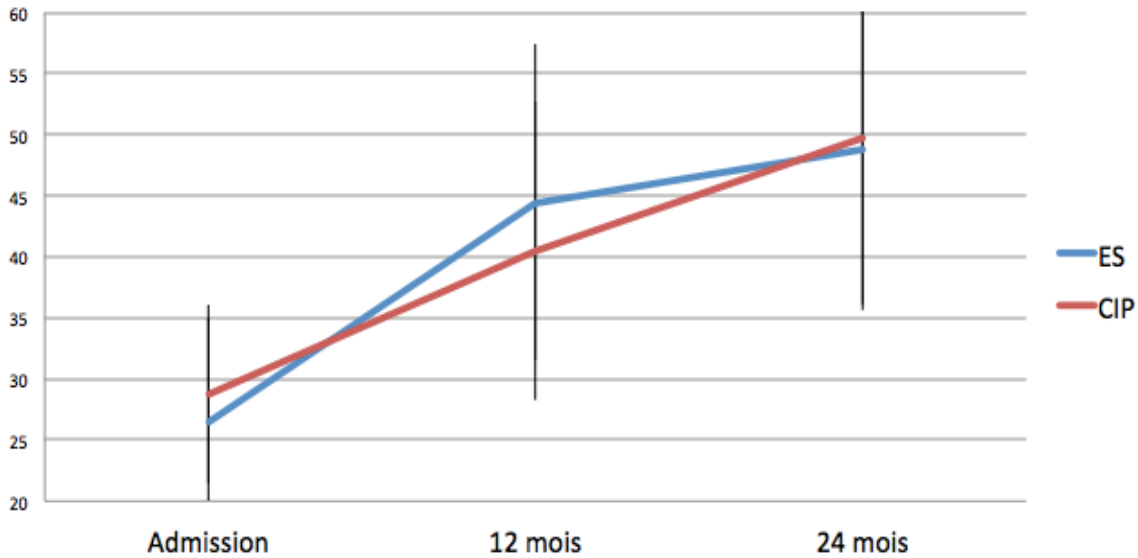
Évolution du fonctionnement global, social et vocationnel et de l'état clinique global:

Le fonctionnement social, tel mesuré par le SOFAS, s'améliore de façon significative et similaire dans les deux groupes entre l'admission et la fin du suivi ($F(5,046; 458; 69,375) = 58,539, p < 0,0005$) (graphique 5). Il en est de même pour l'évolution globale du fonctionnement telle que mesurée par le GAF ($F(4,428; 958; 75,208) = 48,842, p < 0,0001$) (graphique 6) ainsi que pour l'évolution de l'impression clinique globale telle que mesurée par le CGI ($F(27,658; 1,808) = 38,173, p < 0,0001$) (graphique 7); il n'y a toutefois pas de différence entre les groupes (pas d'interaction groupe X temps, $p > 0,05$).

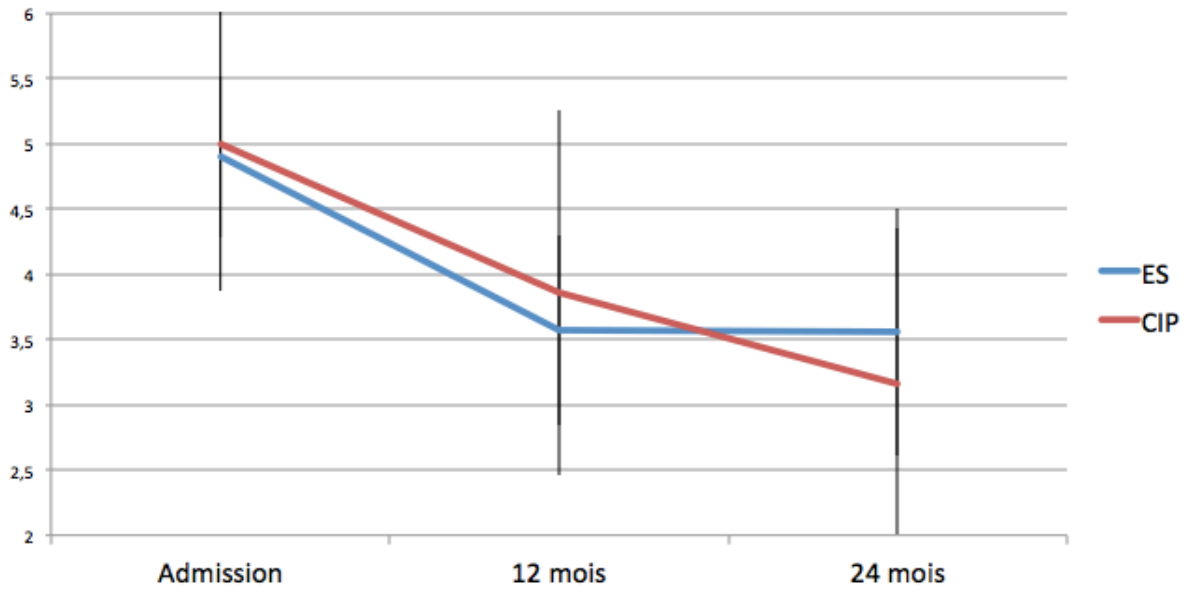
Graphique 5 : Évolution du fonctionnement social (mesurée par le SOFAS)



Graphique 6 : Évolution globale du fonctionnement (mesurée par le GAF)



Graphique 7 : Évolution de l'impression clinique globale (mesurée par le CGI)



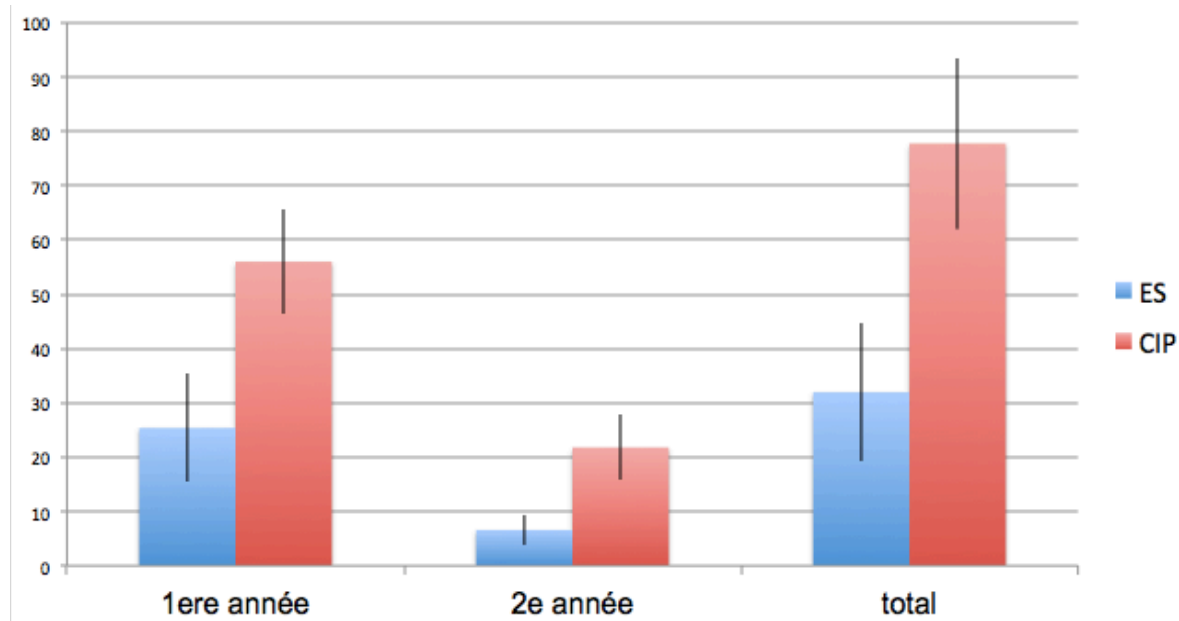
Le taux d'emploi et d'études des participants dans les deux groupes demeure bas tout au long du suivi. Le taux d'emploi était semblable à l'admission dans les deux groupes (ES+CIP= 4,2 %, CIP=11,5 %; $p>0,05$) et à 24 mois (ES+CIP=11 %, CIP=33 %; $p>0,05$). Le taux de retour aux études non plus ne différait pas de manière statistiquement significative à

l'admission (ES+CIP=4,3 %. CIP=19,2 %; $p>0,05$) et à 24 mois (ES+CIP=13,3 %, CIP=19,0 %; $p>0,05$).

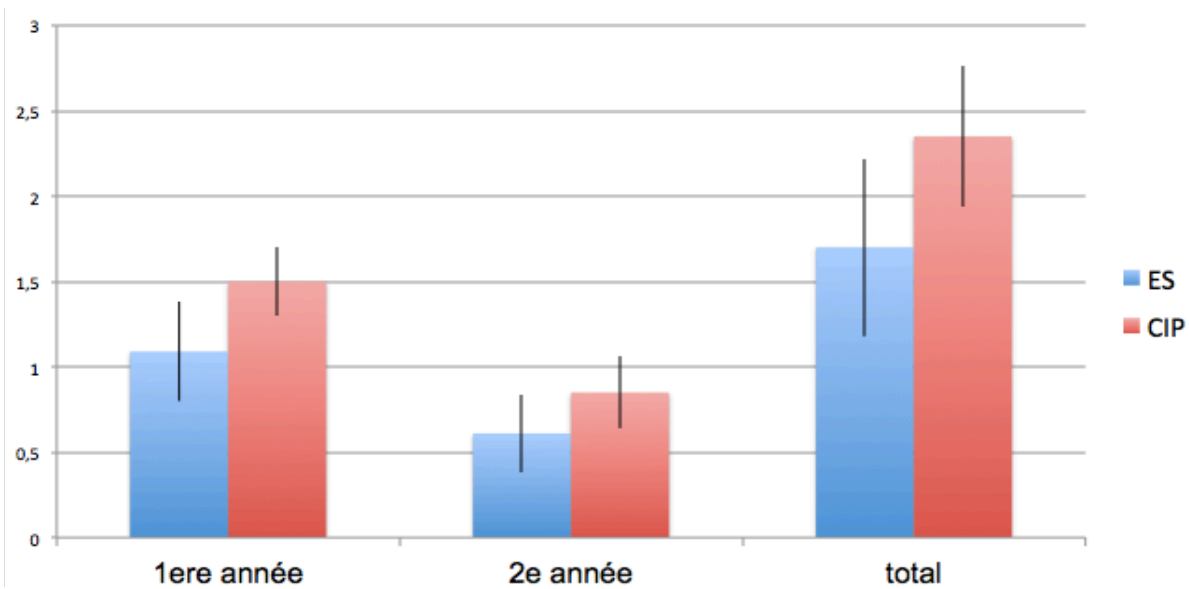
Utilisation des services d'hospitalisation et d'urgence :

Les participants du groupe ES+CIP ont passé moins de jours à l'hôpital durant le suivi que le groupe CIP. Dès la première année (ES+CIP : $25,38 \pm 9,86$ jours vs CIP ($56,01 \pm 9,96$ jours) $t(41)=2\,190$ $p=0,034$) et tout au long du suivi (2e année : ES+ CIP ($6,59 \pm 2,85$ jours) vs CIP ($21,79 \pm 6,09$ jours), $t(25,4)=2\,261$ $p=0,033$) (graphique 8). Bien que le nombre d'hospitalisations par année semble moindre pour le groupe ES+CIP (1ere année ES+CIP ($1,09 \pm 0,294$ vs CIP ($1,5 \pm 0,205$) $p>0,05$) ; 2e année (ES+CIP ($0,61 \pm 0,231$) vs CIP ($0,85 \pm 0,209$, $p>0,05$), que pour le groupe CIP, il n'y a pas de différence significative entre les deux groupes. Le nombre de consultations à l'urgence durant toute la durée du suivi est moindre pour le groupe ES+CIP ($0,79 \pm 0,240$) vs CIP ($0,81 \pm 0,287$) ($p>0,05$). Cette différence n'est toutefois pas statistiquement significative. Le nombre de consultations à l'urgence varie entre les groupes, mais de manière non statistiquement significative: 1ere année (ES+CIP: ($0,62 \pm 0,201$) vs CIP: ($0,41 \pm 0,157$)($p>0,05$)) et 2e année (ES+CIP ($0,17 \pm 0,121$) vs CIP: ($0,40 \pm 0,184$)($p>0,05$)).

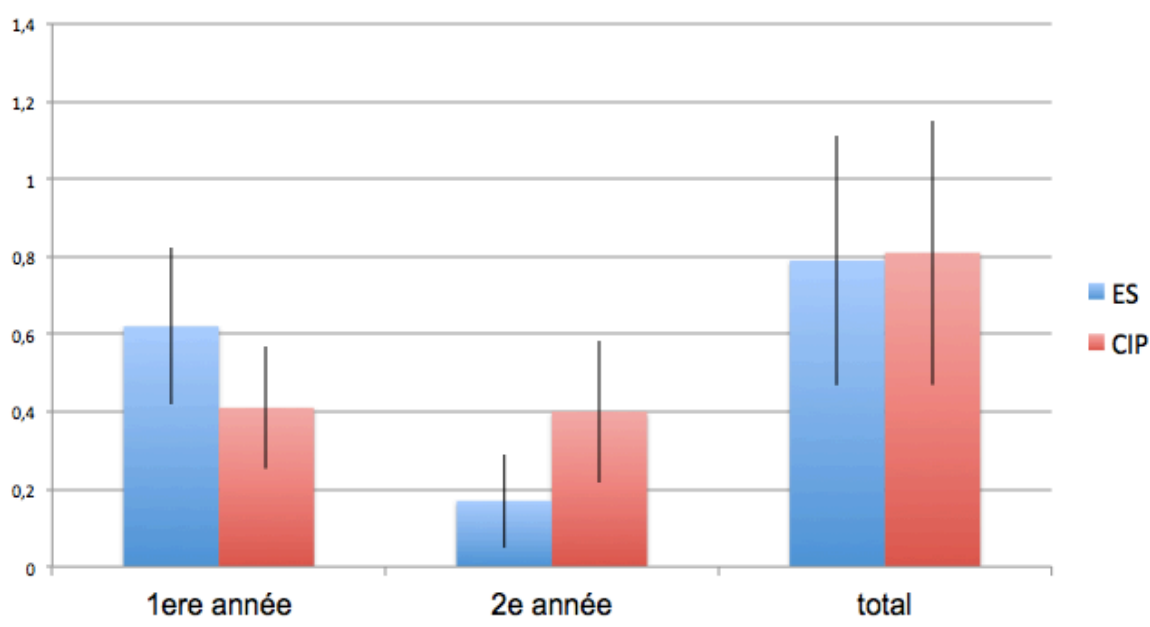
Graphique 8 : Nombre de jours d'hospitalisation par patient par année de suivi



Graphique 9 : Nombre d'hospitalisations en psychiatrie par patient par année de suivi



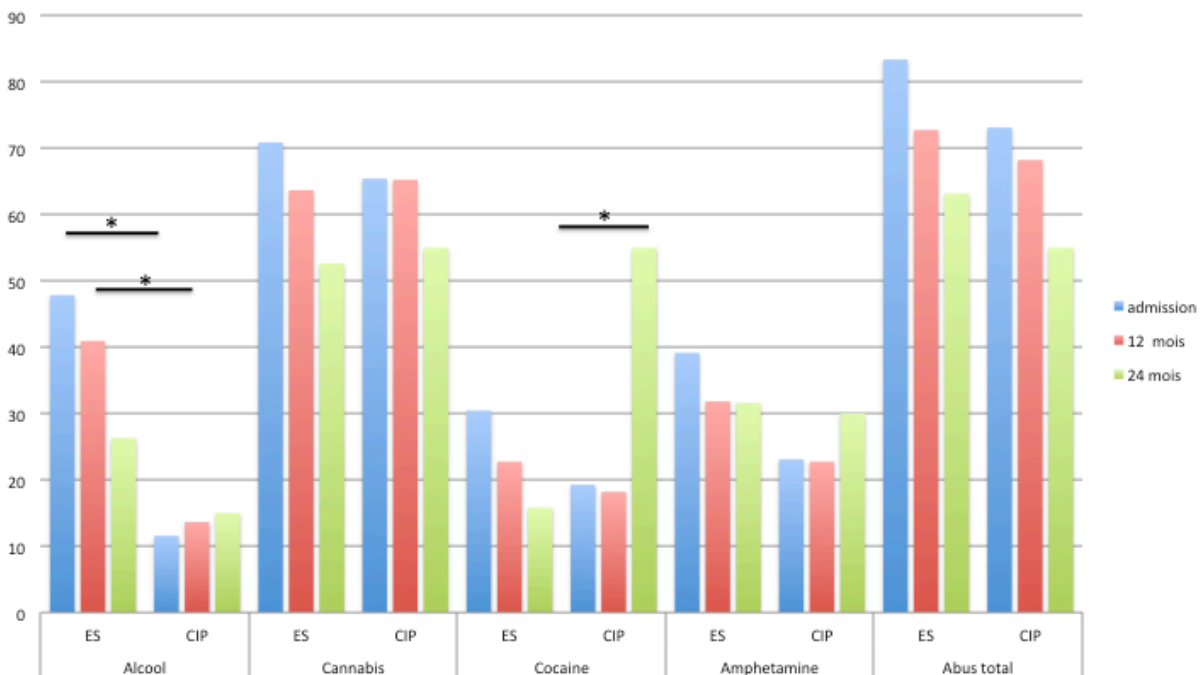
Graphique 10 : Nombre moyen de consultations à l'urgence par patient par année de suivi



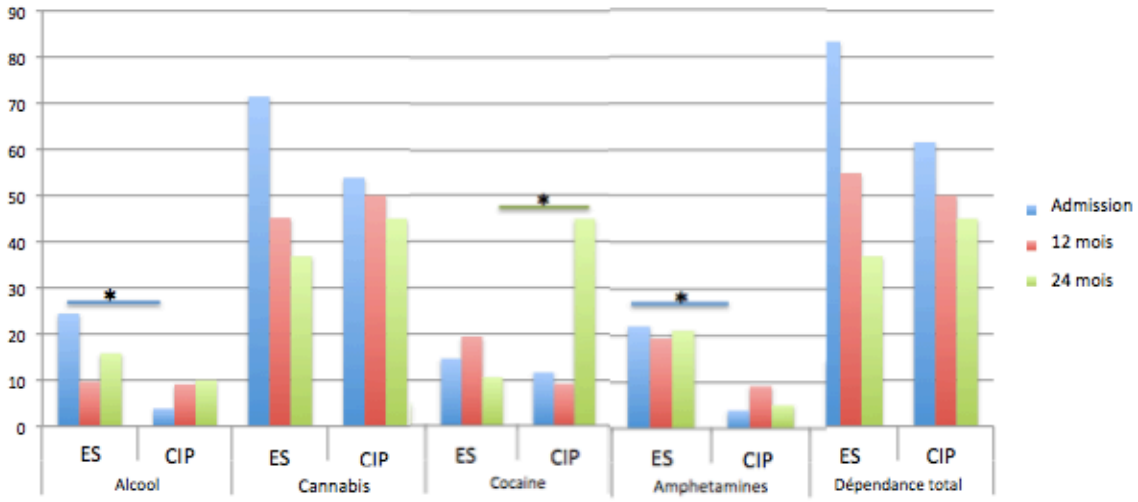
Trouble lié à l'utilisation de substances :

Le graphique 10 illustre la proportion des sujets présentant un abus ou une dépendance (AUS ou DUS ≥ 3), alors que le graphique 11 illustre la proportion des sujets présentant un trouble de l'utilisation de substance plus sévère (soit une dépendance (AUS ou DUS ≥ 4)), et ce, pour chacune des substances les plus consommées (alcool, cannabis, amphétamines, cocaïne). Dans les 2 groupes, un seul patient utilisait des opiacés de façon abusive (groupe ES+CIP). Un autre présentait un TLUS aux dépresseurs du système nerveux central (GHB) et aux hallucinogènes (kétamine) (groupe ES+CIP). Comparativement au groupe CIP, les participants du groupe ES+CIP étaient plus à risque d'être dépendant à l'alcool (admission : $X^2=4,894$, $p=0,025$) ou d'en consommer de manière abusive (admission : $X^2=10,10897$, $p=0,001$; 12 mois $X^2=3,987$, $p=0,043$). Cette différence disparaît dès 12 mois de suivi. Aussi, une plus grande proportion des participants du groupe ES+CIP étaient dépendant aux amphétamines lors de l'admission ($X^2=4,107$, $p=0,041$), différence statistique qui disparaît également après 12 mois de suivi. Finalement, après 24 mois de suivi, les participants du groupe CIP étaient plus à risque d'abuser ($X^2=6,510$, $p=0,012$) ou d'être dépendant à la cocaïne ($X^2=5,718$, $p=0,019$) que les participants de l'ES+CIP et la proportion des patients du CIP avec TLUS cocaïne était plus élevée à 24 mois qu'à l'admission.

Graphique 11 : Évolution de l'utilisation abusive de substances (AUS et DUS ≥ 3)



Graphique 12 : Évolution de la dépendance aux substances (AUS et DUS ≥ 4)



Utilisation de la médication antipsychotique et des ordonnances de traitement:

Le traitement antipsychotique (en équivalent chlorpromazine) des JIPEPT suivi par la CIP et par l'ES+CIP ne diffère pas de manière statistiquement significative (admission: ES+CIP: (237,0±257,5 mg) vs CIP: (195,5±139,1 mg) $p>0,05$; 12 mois: (ES+CIP: (234,6 ± 51,9 mg) vs CIP: (265,9 ± 52,9 mg), $p>0,05$; et 24 mois: ES+CIP: (379,5 ± 73,3 mg) vs CIP: (288,0 ± 50,7 mg) $p>0,3$). Il en va de même pour le taux d'utilisation des antipsychotiques à action prolongée (APAP) : Admission : (ES+CIP 46 % vs CIP 28 %), $p=0,159$, 12 mois : (ES+CIP 77 % vs CIP 50 %) $p=0,064$ et 24 mois: (ES+CIP 53 % vs CIP 58 %, $p=0,5$) et pour le taux d'utilisation d'ordonnances de traitement (1ere année : ES+CIP 26 % vs CIP 42 % $p=0,207$ et 2e année : (ES+CIP 30 % vs CIP 52 % $p=0,121$)

Discussion

Il s'agit, à notre connaissance, de la première étude portant sur une intervention s'intéressant aux JIPEPT. L'intervention de l'ES+CIP augmente la probabilité d'atteindre une stabilité en hébergement au cours du suivi. Également, les participants suivis par l'ES+CIP semblent atteindre la stabilité en hébergement plus rapidement que ceux suivis par la CIP seulement. Ceci est encourageant, puisqu'une des priorités de l'ES+CIP est la sortie la plus rapide

possible de l'itinérance. De plus, dans les deux groupes, la stabilité en hébergement croît sur les 24 mois de suivi, ce qui suggère que l'effet des interventions se maintient sur cette période. Contrairement à nos attentes, les participants recevant l'intervention ES+CIP utilisaient plus fréquemment de l'hébergement avec soutien (appartement supervisé ou foyer de groupe), donc moins autonome que ceux recevant l'intervention de la CIP seule (ceux-ci se retrouvaient plus fréquemment seuls en appartement ou chez leurs parents) à 12 mois de suivi. Cette différence disparaissait à 24 mois de suivi. Il pourrait s'agir de la manifestation de l'amélioration de l'accessibilité aux hébergements supervisés qui a été mise en place par l'ES via leurs collaborations avec les organismes communautaires en hébergement auxquels l'ES a offert plus de support clinique. Tel que suggéré en hypothèse, l'intervention de l'ES ajoutée à la CIP ne semble pas associée à une meilleure évolution clinique globale ou fonctionnelle que la CIP seule. Les deux interventions sont pareillement efficaces pour améliorer l'état clinique global et le fonctionnement des JIPEPT. Ainsi, il est peu probable que le retour en stabilité en hébergement soit associé à la diminution symptomatique. Il est important de noter que le traitement CIP est déjà un traitement plus intensif que les traitements réguliers offerts en psychiatrie. Également, le traitement antipsychotique offert par le suivi CIP était similaire à celui offert par l'ES+CIP et constitue la base du traitement symptomatique contribuant à l'amélioration clinique chez les JIPEPT. Au-delà de la dose de médicament, la méthode d'administration (antipsychotique injectable à action prolongée ou voie orale) ne diffère pas non plus entre les groupes. Bien que n'atteignant pas le seuil de la signifiante statistique, la supériorité du taux de JIPEPT recevant un APAP à l'admission et à 12 mois entre l'ES+CIP et la CIP est probablement secondaire aux changements de pratiques des dernières années, notamment les recommandations d'experts quant à leur utilisation tôt dans l'évolution (Manchanda et al., 2013 ; Stip, Abdel-Baki, Bloom, Grignon, & Roy, 2011). Conséquemment, il est possible que les ordonnances de traitement aient été moins nécessaires dans les dernières années avec ES+CIP que CIP seule (les proportions étant presque le double pour la CIP, mais sans atteindre la signifiante statistique, possiblement par manque de puissance).

Le taux de retour à l'emploi ou aux études demeure également faible dans les deux groupes probablement en partie en lien avec leur faible taux de scolarité (9 ans) qui est possiblement le reflet de troubles cognitifs liés à la maladie (Bowie & Harvey, 2006). On note toutefois une

proportion plus grande de JIPEPT suivis par la CIP ayant un emploi ou des études à l'admission et tout au long du suivi comparativement aux jeunes suivis par l'ES+CIP. Tel que mentionné précédemment, cette différence pourrait être secondaire à un biais de sélections via les techniques d'«outreach» de l'ES qui tendent possiblement à inclure des jeunes plus malades et itinérants depuis plus longtemps. Au moment de publier, l'ES travaillait à développer le retour au travail via des liens avec des agents de placements et de support à l'emploi pour améliorer l'évolution fonctionnelle (notamment vocationnelle) des jeunes suivis.

Contrairement à nos attentes, les TLUS diffèrent entre l'ES+CIP et la CIP. Quoique la petite taille d'échantillon amène à la prudence face aux conclusions à tirer de ces analyses, cette différence pourrait suggérer que le groupe ES+CIP s'améliore plus à travers le temps. Toutefois, un petit nombre de participants peuvent avoir une grande influence sur les résultats. Il est probable que les résultats sur les TLUS soient ceux qui sont le plus influencés par la période du suivi (de 2005 à 2011 vs de 2012 à 2015). Par exemple, les fluctuations du prix de certaines drogues (comme les amphétamines dont le prix a dramatiquement diminué depuis les dernières années et qui sont très peu dispendieuses) (Canadian Centre on Substance Abuse, 2014) peuvent avoir eu un impact sur la consommation des JIPEPT. Finalement, il est probable que la durée de suivi (24 mois) soit trop courte pour détecter des changements de TLUS, la toxicomanie étant une maladie chronique qui nécessite un traitement prolongé (Hasin, Grant, & Endicott, 1990 ; Vaillant, 1966).

Tel qu'attendu, on note une diminution de l'utilisation des services aigus en santé mentale (nombre de jours d'hospitalisation). Celle-ci est possiblement associée à l'augmentation de l'intensité du suivi de l'ES et au type d'intervention de crise visant à éviter le recours à ces services. Également, lors d'une hospitalisation, l'intensité de l'ES peut être associée à un congé plus rapide puisqu'un suivi ambulatoire intensif, voire quotidien, est possible.

Limites

Plusieurs limites doivent toutefois être prises en compte dans l'interprétation des résultats. Une limite importante vient de la petite taille de l'échantillon qui peut être associée à une erreur de type β en raison du manque de puissance statistique. Les groupes, étant plutôt

restreints, la puissance statistique est limitée et ne permet probablement pas de détecter des différences statistiquement significatives entre les groupes alors que certaines données semblent différentes entre les groupes (ex. nombre de consultations à l'urgence), mais n'atteignent pas le seuil de signifiacnce statistique. L'opposé est également possible puisque les petits échantillons sont plus à risque de suggérer des différences qui sont dues au hasard ou à certains participants avec des valeurs « extrêmes » loin de la moyenne, mais l'influençant.

Le groupe comparateur est une cohorte historique ayant reçu à une époque antérieure des services du traitement qualifié de «traitement habituel» qui est en fait un traitement relativement intensif, soit une CIP. L'utilisation d'une cohorte historique entraîne son lot de limites méthodologiques. Par exemple, il est difficile de déterminer la part des changements liés au traitement de l'ES de ceux liés aux changements sociopolitiques généraux et des autres changements propres à l'époque (investissements dans les services communautaires et de santé pour les itinérants, sensibilité accrue de la population à la réalité des itinérants suite à des couvertures médiatiques, modifications des règlements municipaux, changements initiés dans le réseau de la santé du MSSS à travers le Projet de recherche pancanadien «Chez Soi» qui suit le modèle de logement d'abord, etc.). De plus, les interventions de démarchage dans les organismes pour jeunes de la rue visant à détecter plus précocement un plus grand nombre de jeunes adultes aux prises avec des troubles mentaux a pu influencer le type de jeunes recrutés par l'ES. Il est possible que ces jeunes détectés en plus grand nombre aient des caractéristiques différentes de ceux pré-ES (ex. plus de symptômes négatifs, plus de désorganisation, etc.) même si les caractéristiques sociodémographiques à l'admission sont similaires entre les 2 groupes (tableau 1). Il est d'ailleurs possible que certaines variables confondantes n'aient pas été mesurées (ex. durée de psychose non traitée, troubles cognitifs, symptômes négatifs, etc.).

Il est possible que des différences mesurées entre les groupes lors du suivi soient la conséquence de l'époque et des changements dans la prise en charge des JIPEPT à l'intérieur de la CIP plutôt qu'à l'ajout de l'ES. En fait, vu le devis utilisé, il est difficile d'isoler l'impact de l'époque où les participants ont été suivis de celui de l'intervention reçue. Par exemple, les changements d'habitudes de consommation à travers le temps pourraient expliquer les

différences notées entre l'ES+CIP et la CIP quant à la consommation de cocaïne et d'amphétamines. En effet, la cocaïne semble être devenue plus populaire parmi les drogues d'abus depuis le début des années 2000 pour se stabiliser dans les années 2010 ce qui peut expliquer l'augmentation de l'utilisation de cette substance notée dans le groupe CIP (Canadian Centre on Substance Abuse, 2014). Les cliniciens de l'ES rapportent également une augmentation de la consommation d'amphétamines qui semblent disponibles à un moindre coût durant les dernières années, comparativement au début des années 2000. Il est toutefois difficile d'expliquer pourquoi il y a plus de dépendance à l'alcool chez le groupe ES+CIP lors de l'admission. Aussi, on a remarqué dans les dernières années une augmentation de la sensibilisation du grand public au phénomène de l'itinérance. À Montréal plusieurs articles de journaux dont (Everett-Green, 2015; Mio, 2015) et reportages télévisuels dont (Mcgillvray, 2015) ont abordé le thème de l'itinérance. Comme noté plus haut, des changements structureaux ont eu lieu dans les divers organismes œuvrant avec les itinérants. D'ailleurs, le premier financement de l'ES est issu d'une subvention du gouvernement fédéral visant le traitement de la toxicomanie chez les itinérants.

Le temps de suivi a été fixé à 24 mois. De cette durée découlent plusieurs questions qui demeurent actuellement sans réponse. D'abord, est-ce qu'un suivi clinique d'une durée de 24 mois par une équipe très intensive est nécessaire, ou le suivi pourrait-il prendre fin au moment où le JIPEPT retrouve la stabilité en hébergement (moyenne 7,15 mois) tel que dans le CTI (durée d'épisodes de soins d'environ 9 mois (Hermann, 2000) ? Une durée plus longue du suivi de recherche aurait-elle permis d'observer des changements qui apparaîtraient plus tardivement ? Il est possible que la prolongation du suivi par l'ES à plus de 7 mois (délai moyen d'obtention de la stabilité en hébergement) soit nécessaire pour que les JIPEPT se maintiennent en hébergement stable et débutent leurs démarches de rétablissement étant donné la nature complexe et chronique de la psychose et des TLUS.

Finalement, le fait même de mettre en place une intervention que les certains chercheurs du groupe ont eux-mêmes élaborée, mesurée et analysée peut entraîner un biais favorisant l'ES, d'autant que les variables ont été récolté en temps réel durant l'implantation de cette nouvelle approche.

Malgré ces limites, les résultats de la présente étude suggèrent que l'ES puisse être associée à un taux plus élevé de stabilité en hébergement durant la première année. Plusieurs hypothèses pourraient expliquer cette amélioration. D'abord, la mission même de l'ES et son organisation (incluant une augmentation de l'intensité de suivi) est un facteur important, à l'instar des approches SIM, une intensité plus élevée de service permet à l'équipe d'intervenir plus tôt en cas de crise (Tomita & Herman, 2012) et d'éviter un retour à la rue. Les rechutes peuvent aussi être gérées à domicile et ainsi permettre d'éviter les problèmes de logements liés à une hospitalisation prolongée. Également, la vigilance plus intensive et la disponibilité de l'ES permettent probablement d'éviter les problèmes financiers et sociaux avant qu'ils ne surviennent et ainsi permettent aux JIPEPT d'obtenir plus rapidement un hébergement stable. Par exemple, un changement de médication, peut possiblement être fait plus rapidement lors d'une période de rechute symptomatique chez les participants suivis par l'ES, ou, lors de la perte d'un hébergement, les démarches peuvent être entamées rapidement pour éviter un retard dans la réception du revenu de dernier recours.

Un autre point important est le travail en partenariat avec les organismes communautaires. Ce lien avec le milieu naturel des jeunes permet d'avoir une observation plus globale de la symptomatologie et de la fonctionnalité des JIPEPT, et donc de mieux cibler les interventions pouvant aider à leur rétablissement et au maintien d'un hébergement stable. De plus, ce partenariat a permis l'ouverture de nouveaux hébergements d'urgence dans la communauté en cas de besoin pour les participants suivis par l'ES. Ces chambres d'urgence contribuent certainement à un retour plus rapide à la stabilité qu'un séjour à l'hôpital ou un retour à la rue. Il est également probable que les liens établis avec les différents organismes aient entraîné une plus grande exploitation des ressources d'hébergement avec soutien en début de traitement (12 premiers mois) entraînant la différence observée quant à l'autonomie en hébergement (plus d'utilisation d'hébergement avec soutien que d'hébergement autonome pour le groupe ES). Alternativement, cette différence pourrait s'expliquer par les méthodes d'«outreach» de l'ES. En effet, selon nos discussions avec l'équipe clinique, il semble possible que l'ES arrive à détecter des JIPEPT plus sévèrement malades, dont la durée de psychose non traitée est plus longue et possiblement itinérants depuis plus longtemps que la CIP. Bien qu'il n'y ait pas de différence détectable à l'admission sur les mesures disponibles dans cette étude, il est possible

que certains éléments qui auraient pu permettre de vérifier cette hypothèse n'aient pas été mesurés.

Conclusion

À l'heure actuelle, il n'existe pas d'autres interventions spécifiquement adaptées aux JIPEPT, ayant fait l'objet d'études publiées, que l'ES. L'intervention de l'ES+CIP augmente la probabilité d'atteindre une stabilité en hébergement au cours du suivi et les participants suivis par l'ES+CIP semblent atteindre la stabilité en hébergement plus rapidement que ceux suivis par la CIP seulement. L'intervention ES+CIP semble également associée à une diminution de l'utilisation des services aigus en psychiatrie à 24 mois de suivi. Toutefois, en raison des limites du devis décrit ci-haut, d'autres études seront nécessaires afin de reproduire les résultats, de déterminer l'impact de cette intervention à long terme ainsi que son impact économique (rapport coût/efficacité). Malgré ces limites, les résultats présentés ici sont encourageants et permettent d'entrevoir une nouvelle avenue de traitement pour les JIPEPT. Advenant que d'autres études corroborent les résultats retrouvés dans cette étude, l'ES pourrait être disséminée dans le but de venir en aide à cette population vulnérable.

Ressources documentaires

- Abdel-Baki, A., Levesque, I.-S., Ouellet-Plamondon, C., & Nicole, L. (2014). *Should we care about homelessness in first episode psychosis? impact on outcome*. Affiche, 9th International Conference on Early Psychosis.
- Abdel-Baki, A., Nicole, L., Granger, B., & Stip, E. (2008, octobre). *Longitudinal study of first episode psychosis within the Université de Montréal Network*. Présenté à Early intervention in Psychiatry, Melbourne, Australie.
- Abdel-Baki, A., Ouellet-Plamondon, C., Salvat, É., Grar, K., & Potvin, S. (2017). Symptomatic and functional outcomes of substance use disorder persistence 2 years after admission to a first-episode psychosis program. *Psychiatry Research*, 247, 113-119. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2016.11.007>
- Addington, Donald, Bouchard, Roch-Hugo, Goldberg, Honer, & Malla, Ashok. (1998). Canadian clinical practice guidelines for the treatment of schizophrenia. The Canadian Psychiatric Association. *Canadian Journal of Psychiatry. Revue Canadienne De Psychiatrie*, 43 Suppl 2, 25S-40S.
- Arlington, V. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.)* (American Psychiatric Publishing). American Psychiatric Publishing.
- Aubry, T., Tsemberis, S., Adair, C. E., Veldhuizen, S., Streiner, D., Latimer, E., ... Goering, P. (2015). One-year outcomes of a randomized controlled trial of housing first with ACT in five Canadian cities. *Psychiatric Services (Washington, D.C.)*, 66(5), 463-469.

<https://doi.org/10.1176/appi.ps.201400167>

Aurand, A., Dan, E., Crowley, S., Errico, E., Leong, G., & Rodrigues, K. (2016). The Gap report. National Low Income Coalition.

Baer, J. S., Garrett, S. B., Beadnell, B., Wells, E. A., & Peterson, P. L. (2007). Brief motivational intervention with homeless adolescents: Evaluating effects on substance use and service utilization. *Psychology of Addictive Behaviors*, *21*(4), 582-586.

<https://doi.org/10.1037/0893-164X.21.4.582>

Barrowclough, C., Haddock, G., Wykes, T., Beardmore, R., Conrod, P., Craig, T., ... Tarrrier, N. (2010). Integrated motivational interviewing and cognitive behavioural therapy for people with psychosis and comorbid substance misuse: randomised controlled trial. *BMJ (Clinical Research Ed.)*, *341*, c6325.

Bertolote, J., & McGorry, P. (2005). Early intervention and recovery for young people with early psychosis: consensus statement. *The British Journal of Psychiatry. Supplement*, *48*, s116-119. <https://doi.org/10.1192/bjp.187.48.s116>

Birchwood, M., Todd, P., & Jackson, C. (1998). Early intervention in psychosis. The critical period hypothesis. *The British Journal of Psychiatry. Supplement*, *172*(33), 53-59.

Boonstra, N., Klaassen, R., Sytema, S., Marshall, M., De Haan, L., Wunderink, L., & Wiersma, D. (2012). Duration of untreated psychosis and negative symptoms — A systematic review and meta-analysis of individual patient data. *Schizophrenia Research*, *142*(1-3), 12-19. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2012.08.017>

Bowie, C. R., & Harvey, P. D. (2006). Cognitive deficits and functional outcome in schizophrenia. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, *2*(4), 531-536.

Burnam, M. A., Morton, S. C., McGlynn, E. A., Petersen, L. P., Stecher, B. M., Hayes, C., & Vaccaro, J. V. (1996). An Experimental Evaluation of Residential and Nonresidential Treatment for Dually Diagnosed Homeless Adults. *Journal of Addictive Diseases*, *14*(4), 111-134. https://doi.org/10.1300/J069v14n04_07

Calsyn, R. J., Morse, G. A., Klinkenberg, W. D., Trusty, M. L., & Allen, G. (1998). The impact of Assertive Community Treatment on the social relationships of people who are homeless and mentally ill. *Community Mental Health Journal*, *34*(6), 579-593.

Calsyn, R. J., Winter, J. P., & Morse, G. A. (2000a). Do consumers who have a choice of treatment have better outcomes? *Community Mental Health Journal*, *36*(2), 149-160.

Calsyn, R. J., Winter, J. P., & Morse, G. A. (2000b). Do consumers who have a choice of treatment have better outcomes? *Community Mental Health Journal*, *36*(2), 149-160.

Campbell, K., Bond, G. R., & Drake, R. E. (2011). Who Benefits From Supported Employment: A Meta-analytic Study. *Schizophrenia Bulletin*, *37*(2), 370-380.

<https://doi.org/10.1093/schbul/sbp066>

Canadian Centre on Substance Abuse. (2014). *Canadian Drug Trends*.

Canadian Psychiatric Association. (2005). Clinical practice guidelines. Treatment of schizophrenia. *Canadian Journal of Psychiatry. Revue Canadienne De Psychiatrie*, *50*(13 Suppl 1), 7S-57S.

Catty, J., White, S., Koletsi, M., Becker, T., Fioritti, A., Kalkan, R., ... EQOLISE Group. (2011). Therapeutic relationships in vocational rehabilitation: predicting good relationships for people with psychosis. *Psychiatry Research*, *187*(1-2), 68-73.

<https://doi.org/10.1016/j.psychres.2010.10.018>

Ciompi, L. (1980). Catamnestic long-term study on the course of life and aging of

schizophrenics. *Psychiatry*, 55, 266-278.

Clark, C., & Rich, A. R. (2003). Outcomes of homeless adults with mental illness in a housing program and in case management only. *Psychiatric services*, 54(1), 78–83.

Coldwell, C. M., & Bender, W. S. (2007). The effectiveness of assertive community treatment for homeless populations with severe mental illness: a meta-analysis. *The American Journal of Psychiatry*, 164(3), 393-399.
<https://doi.org/10.1176/ajp.2007.164.3.393>

Coren, E., Hossain, R., Pardo Pardo, J., Veras, M. M. S., Chakraborty, K., Harris, H., & Martin, A. J. (2013). Interventions for promoting reintegration and reducing harmful behaviour and lifestyles in street-connected children and young people. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2, CD009823. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD009823.pub2>

Craig, T. K. J. (2004). The Lambeth Early Onset (LEO) Team: randomised controlled trial of the effectiveness of specialised care for early psychosis. *BMJ*, 329(7474), 1067-0.
<https://doi.org/10.1136/bmj.38246.594873.7C>

Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4th ed., text rev.). (2000).

Dixon, L., Weiden, P., Torres, M., & Lehman, A. (1997). Assertive community treatment and medication compliance in the homeless mentally ill. *American Journal of Psychiatry*, 154(9), 1302–1304.

Doré-Gauthier, V., Abdel-Baki, A., Farmer, O., & Gagné, L. (2015, juin). *Itinérance à Montréal, nouveaux partenariats*. Présenté à Congrès AMPQ 2015, Éloge de la complexité.

Doré-Gauthier, V., Jutras-Aswad, D., Ouellet-Plamondon, C., & Abdel-Baki, A. (s. d.). en rédaction.

Drake, R. E., Yovetich, N. A., Bebout, R. R., Harris, M., & McHugo, G. J. (1997). Integrated treatment for dually diagnosed homeless adults. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 185(5), 298-305.

Drake, R., & McHugo, G. (1996). *Clinician rating scales: Alcohol Use Scale (AUS), Drug Use Scale (DUS), and Substance Abuse Treatment Scale (SATS)*. Williams & Wilkins.

Everett-Green, R. (2015, octobre). Art project invites Montrealers to talk about homelessness. *The Globe and Mail*. Montreal.

Farmer, O. (2011). Santé mentale au cœur de la ville : au carrefour urbain des différences. *Santé mentale au Québec*, 36(2), 7. <https://doi.org/10.7202/1008587ar>

Farmer, O. (2012). Nouveau projet clinique et de logement pour itinérants. *Santé mentale au Québec*, 37(1), 7. <https://doi.org/10.7202/1012640ar>

Farmer, O. (2015, mai). Le PRISM en 2 minutes. Consulté à l'adresse https://www.youtube.com/watch?v=g_GY6OCep78

Forchuk, C., MacClure, S. K., Van Beers, M., Smith, C., Csiernik, R., Hoch, J., & Jensen, E. (2008). Developing and testing an intervention to prevent homelessness among individuals discharged from psychiatric wards to shelters and 'no fixed address'. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 15(7), 569–575.

Frederick, T. J., Chwalek, M., Hughes, J., Karabanow, J., & Kidd, S. (2014). How Stable is Stable? Defining and Measuring Housing Stability. *Journal of Community Psychology*, 42(8), 964-979.

Gaetz, S., Marsolais, A., Gulliver, T., Hamdi, S., Lacroix, P., Donaldson, J., ... Wan, S. (2014). Le rond-point de l'itinérance. Consulté à l'adresse <http://rondpointdelitinerance.ca/observatoirecanadiensurlitinerance>

Garety, P. A., Craig, T. K., Dunn, G., Fornells-Ambrojo, M., Colbert, S., Rahaman, N., ... Power, P. (2006). Specialised care for early psychosis: symptoms, social functioning and patient satisfaction Randomised controlled trial. *The British Journal of Psychiatry*, 188(1), 37-45.

Gaudreau, P., & Depars, M. (2008). Réseau d'Aide aux personnes seules et itinérantes de Montréal. Consulté à l'adresse www.rapsim.org

Gilbert, M., & Jackson, O. (2014). Proposition de guide à l'implantation des équipes de premier épisode psychotique. Ministère de la santé et des services sociaux du Québec.

Godley, C. (1987). *Vers une politique municipale pour les sans-abri. Rapport du comité des sans-abri déposé au conseil municipal de Montréal*. Montréal: Conseil municipal de Montréal.

Goering, P., Veldhuizen, S., Watson, A., Adair, C., Kopp, B., Latimer, E., ... Aubry, T. (2014). *National At Home/Chez Soi Final Report* (Calgary, AB). Mental Health Commission of Canada. Consulté à l'adresse www.mentalhealthcommission.ca

Gouvernement du Québec. (2014, décembre). Plan d'action interministériel en itinérance 2015-2020.

Gouvernement du Québec. (2015). Plan d'action en santé mentale 2015-2020.

Greenwood, R. M., Schaefer-McDaniel, N. J., Winkel, G., & Tsemberis, S. J. (2005). Decreasing Psychiatric Symptoms by Increasing Choice in Services for Adults with Histories of Homelessness. *American Journal of Community Psychology*, 36(3-4), 223-238. <https://doi.org/10.1007/s10464-005-8617-z>

Gulcur, L., Stefancic, A., Shinn, M., Tsemberis, S., & Fischer, S. N. (2003). Housing, hospitalization, and cost outcomes for homeless individuals with psychiatric disabilities participating in continuum of care and housing first programmes. *Journal of Community & Applied Social Psychology*, 13(2), 171-186. <https://doi.org/10.1002/casp.723>

Guy, W. (1976). *Assessment Manual for Psychopharmacology* (ECDEU).

Hanson, L., & Ehmann, T. (2002). *Early Psychosis: a Care Guide Summary*.

Hasin, D. S., Grant, B., & Endicott, J. (1990). The natural history of alcohol abuse: implications for definitions of alcohol use disorders. *The American Journal of Psychiatry*, 147(11), 1537-1541. <https://doi.org/10.1176/ajp.147.11.1537>

Heinrichs, D. W., Hanlon, T. E., & Carpenter, W. T. (1984). The Quality of Life Scale: an instrument for rating the schizophrenic deficit syndrome. *Schizophrenia Bulletin*, 10(3), 388-398.

Herman, Daniel B. (s. d.). A Critical Time Intervention with Mentally Ill Homeless Men: Impact On Psychiatric Symptoms.

Herman, D. B. (2011). Randomized Trial of Critical Time Intervention to Prevent Homelessness After Hospital Discharge. *Psychiatric Services*, 62(7), 713. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.62.7.713>

Herman, D., Opler, L., Felix, A., Valencia, E., Wyatt, R. J., & Susser, E. (2000). A critical time intervention with mentally ill homeless men: impact on psychiatric symptoms. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 188(3), 135-140.

Hill, M., Crumlish, N., Clarke, M., Whitty, P., Owens, E., Renwick, L., ... O'Callaghan, E. (2012). Prospective relationship of duration of untreated psychosis to psychopathology and functional outcome over 12 years. *Schizophrenia Research*, 141(2-3), 215-221. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2012.08.013>

Hudson, A. L., Nyamathi, A., Greengold, B., Slagle, A., Koniak-Griffin, D., Khalilifard, F., & Getzoff, D. (2010). Health-seeking challenges among homeless youth. *Nursing Research*, 59(3), 212-218. <https://doi.org/10.1097/NNR.0b013e3181d1a8a9>

Iyer, S. N., & Malla, A. K. (2014). [Early intervention in psychosis: concepts, current knowledge and future directions]. *Santé Mentale Au Québec*, 39(2), 201-229.

Karabanow, J., & Naylor, T. (2013). Pathways Towards Stability : Young People's Transitions Off of the Streets. *Youth Homelessness in Canada - Implications for Policy and Practice*, p. 39-53. Canada.

Kay, S. R., Fiszbein, A., & Opler, L. A. (1987). The positive and negative syndrome scale (PANSS) for schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 13(2), 261-276.

Killackey, E., Jackson, H. J., & McGorry, P. D. (2008). Vocational intervention in first-episode psychosis: individual placement and support v. treatment as usual. *The British Journal of Psychiatry: The Journal of Mental Science*, 193(2), 114-120. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.107.043109>

Koh, H. K., & Sebelius, K. G. (2010). Promoting Prevention through the Affordable Care Act. *New England Journal of Medicine*, 363(14), 1296-1299. <https://doi.org/10.1056/NEJMp1008560>

Korr, W. S., & Joseph, A. (1996). Housing the Homeless Mentally Ill: Findings from Chicago. *Journal of Social Service Research*, 21(1), 53-68. https://doi.org/10.1300/J079v21n01_04

Kosten, T. A., & Rounsaville, B. J. (1992). Sensitivity of psychiatric diagnosis based on the best estimate procedure. *The American Journal of Psychiatry*, 149(9), 1225-1227. <https://doi.org/10.1176/ajp.149.9.1225>

Latimer, E. (2000). Le suivi intensif en équipe pour personnes atteintes de troubles mentaux graves. Association des hôpitaux du Québec. Consulté à l'adresse www.ahq.org

Lehman, A. F., Lieberman, J. A., Dixon, L. B., McGlashan, T. H., Miller, A. L., Perkins, D. O., & Kreyenbuhl, J. (2004). Practice guideline for the treatment of patients with schizophrenia. American Psychiatric Association. *The American Journal of Psychiatry*, 154(4 Suppl), 1-63.

Levesque, I.-S., & Abdel-Baki, A. (2014). *What do we know about homelessness in first episode psychosis?* Affiche présenté à Early Intervention in Psychiatry.

Lovibond, P. F., & Lovibond, S. H. (1995). The structure of negative emotional states: comparison of the Depression Anxiety Stress Scales (DASS) with the Beck Depression and Anxiety Inventories. *Behaviour Research and Therapy*, 33(3), 335-343.

Manchanda, R., Chue, P., Malla, A., Tibbo, P., Roy, M.-A., Williams, R., ... Banks, N. (2013). Long-acting injectable antipsychotics: evidence of effectiveness and use. *Canadian Journal of Psychiatry. Revue Canadienne De Psychiatrie*, 58(5 Suppl 1), 5S-13S.

Mancuso, F., Horan, W. P., Kern, R. S., & Green, M. F. (2011). Social cognition in psychosis: multidimensional structure, clinical correlates, and relationship with functional outcome. *Schizophrenia Research*, 125(2-3), 143-151. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2010.11.007>

Marshall, M., Lewis, S., Lockwood, A., Drake, R., Jones, P., & Croudace, T. (2005). Association between duration of untreated psychosis and outcome in cohorts of first-episode patients: a systematic review. *Archives of General Psychiatry*, 62(9), 975-983.

<https://doi.org/10.1001/archpsyc.62.9.975>

Marx, A., Test, M. A., & Stein, L. . (1973). Extrahospital management of severe mental illness. *Archives of General Psychiatry*, *29*, 505-511.

Mcgillvray, K. (2015, Décembre). Homeless in Montreal : New 5-year plan aims to get 2000 off streets. *CBC news*. Montreal.

McGorry, E. J., & Lieberman, J. (2002). *Implementing Early Intervention in Psychosis: A guide to Establishing Psychosis Services* (CRC Press, Vol. 1–1ere Edition). Florence, KY, USA.

McHugo, G. J., Bebout, R. R., Harris, M., Cleghorn, S., Herring, G., Xie, H., ... Drake, R. E. (2004). A randomized controlled trial of integrated versus parallel housing services for homeless adults with severe mental illness. *Schizophrenia bulletin*, *30*(4), 969.

Milburn, N. G., Iribarren, F. J., Rice, E., Lightfoot, M., Solorio, R., Rotheram-Borus, M. J., ... Duan, N. (2012). A Family Intervention to Reduce Sexual Risk Behavior, Substance Use, and Delinquency Among Newly Homeless Youth. *Journal of Adolescent Health*, *50*(4), 358-364. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2011.08.009>

Mio, K. (2015, juillet). More than 3000 homeless in Montreal, census shows. *Montreal Gazette*. Montreal.

Morse, G. A., Calsyn, R. J., Allen, G., Tempelhoff, B., & Smith, R. (1992). Experimental Comparison of the Effects of Three Treatment Programs for Homeless Mentally Ill People. *Hospital and Community Psychiatry*, *43*(10), 1005-1009.

National Collaborating Centre for Mental Health (UK). (2013). *Psychosis and Schizophrenia in Children and Young People: Recognition and Management*. Leicester (UK): British Psychological Society. Consulté à l'adresse <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK299073/>

Nicole, L., Abdel-Baki, A., Granger, B., Stip, E., & Lalonde, P. (2006, octobre). *Longitudinal study of first episode psychosis within the Université de Montréal Network*. Présenté à International Conference on Early Psychosis, Birmingham.

Nielsen, O., & Large, M. (2010). Rates of homicide during the first episode of psychosis and after treatment: a systematic review and meta-analysis. *Schizophrenia Bulletin*, *36*(4), 702-712. <https://doi.org/10.1093/schbul/sbn144>

Nolin, M., Malla, A., Tibbo, P., Norman, R., & Abdel-Baki, A. (2016). Early Intervention for Psychosis in Canada: What Is the State of Affairs? *The Canadian Journal of Psychiatry*, *61*(3), 186-194. <https://doi.org/10.1177/0706743716632516>

Nordentoft, M., Madsen, T., & Fedyszyn, I. (2015). Suicidal behavior and mortality in first-episode psychosis. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, *203*(5), 387-392. <https://doi.org/10.1097/NMD.0000000000000296>

Odell, S. M., & Commander, M. J. (2000). Risks factors for homelessness among people with psychotic disorders. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, *35*(9), 396-401.

Padgett, D. K. (2006). Housing First Services for People Who Are Homeless With Co-Occurring Serious Mental Illness and Substance Abuse. *Research on Social Work Practice*, *16*(1), 74-83. <https://doi.org/10.1177/1049731505282593>

Patterson, M., Moniruzzaman, A., Palepu, A., Zabkiewicz, D., Frankish, C. J., Krausz, M., & Somers, J. M. (2013). Housing First improves subjective quality of life among homeless adults with mental illness: 12-month findings from a randomized controlled trial in Vancouver, British Columbia. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, *48*(8),

1245-1259. <https://doi.org/10.1007/s00127-013-0719-6>

Perkins, D. O., Gu, H., Boteva, K., & Lieberman, J. A. (2005). Relationship between duration of untreated psychosis and outcome in first-episode schizophrenia: a critical review and meta-analysis. *The American Journal of Psychiatry*, *162*(10), 1785-1804. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.162.10.1785>

Peterson, P. L., Baer, J. S., Wells, E. A., Ginzler, J. A., & Garrett, S. B. (2006). Short-term effects of a brief motivational intervention to reduce alcohol and drug risk among homeless adolescents. *Psychology of Addictive Behaviors: Journal of the Society of Psychologists in Addictive Behaviors*, *20*(3), 254-264. <https://doi.org/10.1037/0893-164X.20.3.254>

Provencher, H. L. (2002). L'expérience du rétablissement : perspectives théoriques. *Santé mentale au Québec*, *27*(1), 35. <https://doi.org/10.7202/014538ar>

Rotheram-Borus, M. J., Song, J., Gwadz, M., Lee, M., Van Rossem, R., & Koopman, C. (2003). Reductions in HIV risk among runaway youth. *Prevention Science*, *4*(3), 173-187.

Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists Clinical Practice Guidelines Team for the Treatment of Schizophrenia and Related Disorders. (2005). Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists clinical practice guidelines for the treatment of schizophrenia and related disorders. *The Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, *39*(1-2), 1-30. <https://doi.org/10.1111/j.1440-1614.2005.01516.x>

Roy, L., Rousseau, J., Fortier, P., & Mottard, J.-P. (2013). Housing and home-leaving experiences of young adults with psychotic disorders: a comparative qualitative study. *Community Mental Health Journal*, *49*(5), 515-527. <https://doi.org/10.1007/s10597-012-9531-0>

Sara, G. E., Burgess, P. M., Malhi, G. S., Whiteford, H. A., & Hall, W. C. (2014). Stimulant and other substance use disorders in schizophrenia: prevalence, correlates and impacts in a population sample. *The Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, *48*(11), 1036-1047. <https://doi.org/10.1177/0004867414533838>

Secher, R. G., Hjorthoj, C. R., Austin, S. F., Thorup, A., Jeppesen, P., Mors, O., & Nordentoft, M. (2015). Ten-Year Follow-up of the OPUS Specialized Early Intervention Trial for Patients With a First Episode of Psychosis. *Schizophrenia Bulletin*, *41*(3), 617-626. <https://doi.org/10.1093/schbul/sbu155>

Shern, D. L., Tsemberis, S., Anthony, W., Lovell, A. M., Richmond, L., Felton, C. J., ... Cohen, M. (2000). Serving street-dwelling individuals with psychiatric disabilities: outcomes of a psychiatric rehabilitation clinical trial. *American Journal of Public Health*, *90*(12), 1873.

Skalli, L., & Nicole, L. (2011). [Specialised first-episode psychosis services: a systematic review of the literature]. *L'Encéphale*, *37 Suppl 1*, S66-76. <https://doi.org/10.1016/j.encep.2010.08.004>

Slesnick, N., Erdem, G., Bartle-Haring, S., & Brigham, G. S. (2013). Intervention with substance-abusing runaway adolescents and their families: Results of a randomized clinical trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *81*(4), 600-614. <https://doi.org/10.1037/a0033463>

Slesnick, N., Guo, X., & Feng, X. (2013). Change in Parent- and Child-Reported Internalizing and Externalizing Behaviors Among Substance Abusing Runaways: The Effects of Family and Individual Treatments. *Journal of Youth and Adolescence*, *42*(7),

980-993. <https://doi.org/10.1007/s10964-012-9826-z>

Slesnick, N., & Kang, M. J. (2008). The impact of an integrated treatment on HIV risk behavior among homeless youth: a randomized controlled trial. *Journal of Behavioral Medicine*, *31*(1), 45-59. <https://doi.org/10.1007/s10865-007-9132-5>

Slesnick, N., Kang, M. J., Bonomi, A. E., & Prestopnik, J. L. (2007). Six- and Twelve-Month Outcomes among Homeless Youth Accessing Therapy and Case Management Services through an Urban Drop-in Center: Drop-in Center. *Health Services Research*, *43*(1p1), 211-229. <https://doi.org/10.1111/j.1475-6773.2007.00755.x>

Slesnick, N., & Prestopnik, J. L. (2005). Ecologically based family therapy outcome with substance abusing runaway adolescents. *Journal of Adolescence*, *28*(2), 277-298. <https://doi.org/10.1016/j.adolescence.2005.02.008>

Slesnick, N., Prestopnik, J. L., Meyers, R. J., & Glassman, M. (2007). Treatment outcome for street-living, homeless youth. *Addictive Behaviors*, *32*(6), 1237-1251. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2006.08.010>

Sobell, L. C., Toneatto, T., Sobell, M. B., Leo, G. I., & Johnson, L. (1992). Alcohol abusers' perceptions of the accuracy of their self-reports of drinking: implications for treatment. *Addictive Behaviors*, *17*(5), 507-511.

Stein, L. I., & Test, M. A. (1980). Retraining hospital staff for work in a community program in wisconsin. *Hospital & Community Psychiatry*, *27*, 266-268.

Stip, E., Abdel-Baki, A., Bloom, D., Grignon, S., & Roy, M.-A. (2011). [Long-acting injectable antipsychotics: an expert opinion from the Association des médecins psychiatres du Québec]. *Canadian Journal of Psychiatry. Revue Canadienne De Psychiatrie*, *56*(6), 367-376.

Stouten, L. H., Veling, W., Laan, W., van der Helm, M., & van der Gaag, M. (2014). Psychotic symptoms, cognition and affect as predictors of psychosocial problems and functional change in first-episode psychosis. *Schizophrenia Research*, *158*(1-3), 113-119. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2014.06.023>

Strauss, J. S., & Carpenter, W. T. (1977). Prediction of outcome in schizophrenia. III. Five-year outcome and its predictors. *Archives of General Psychiatry*, *34*(2), 159-163.

Susser, E., Valencia, E., Conover, S., Felix, A., Tsai, W.-Y., & Wyatt, R. J. (1997). Preventing recurrent homelessness among mentally ill men: a « critical time » intervention after discharge from a shelter. *American Journal of Public Health*, *87*(2), 256-262.

Tarricone, I., Boydell, J., Panigada, S., Allegri, F., Marcacci, T., Minenna, M. G., ... Berardi, D. (2014). The impact of substance use at psychosis onset on First Episode Psychosis course: results from a 1 year follow-up study in Bologna. *Schizophrenia Research*, *153*(1-3), 60-63. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2014.01.014>

Thomson, D. A., Gélinas, D., & Ricard, N. (2002). Le modèle PACT : Suivi dans la communauté des personnes atteintes de troubles mentaux graves. *L'infirmière du Québec*, *10*(1), 28-36.

Tomita, A., & Herman, D. B. (2012). The Impact of Critical Time Intervention in Reducing Psychiatric Rehospitalization After Hospital Discharge. *Psychiatric Services*, *63*(9), 935-937. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.201100468>

Tomita, A., & Herman, D. B. (2015). The Role of a Critical Time Intervention on the Experience of Continuity of Care Among Persons With Severe Mental Illness After

Hospital Discharge: *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 203(1), 65-70.
<https://doi.org/10.1097/NMD.0000000000000224>

Tomita, A., Lukens, E. P., & Herman, D. B. (2014). Mediation analysis of critical time intervention for persons living with serious mental illnesses: Assessing the role of family relations in reducing psychiatric rehospitalization. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 37(1), 4-10. <https://doi.org/10.1037/prj0000015>

Trusty, M. L. (1997). Three Types of Case Management for Homeless Mentally ill Persons. *Psychiatric Services*, 48(4), 497-503.

Tsemberis, S. J., Moran, L., Shinn, M., Asmussen, S. M., & Shern, D. L. (2003). Consumer preference programs for individuals who are homeless and have psychiatric disabilities: a drop-in center and a supported housing program. *American journal of community psychology*, 32(3-4), 305-317.

tull, tanya, clark, james P., Cohen, C. S., Kane, J., & Neely, M. (2015). partnering for change. Consulté à l'adresse www.partnering-for-change.org

Vaillant, G. E. (1966). Twelve-Year Follow-up of New York Narcotic Addicts: The Natural History of a Chronic Disease. *New England Journal of Medicine*, 275(23), 1282-1288.
<https://doi.org/10.1056/NEJM196612082752305>

Verdoux, H., Liraud, F., Gonzales, B., Fournet, O., Pauillac, P., Assens, F., ... Bourgeois, M. (1999). [Prognosis of short-term outcome in the first admission for psychosis]. *L'Encéphale*, 25(3), 213-220.

Virani, A. S. (Éd.). (2012). *Clinical handbook of psychotropic drugs* (19th [completely] rev. ed). Ashland, Ohio: Hogrefe.

Wagner, V., Sy, J., Weeden, K., Blanchard, T., Cauce, A. M., Morgan, C. J., ... Tomlin, S. (1994). Effectiveness Of Intensive Case Management For Homeless Adolescents: Results Of A 3-Month Follow-Up. *Journal of Emotional and Behavioral Disorders*, 2(4), 219-227.
<https://doi.org/10.1177/106342669400200404>

Wing, J. K. (1989). Schizophrenic psychoses: Causal factors and risks. *The Scope of Epidemiological Psychiatry*, p. 225-239. Londres.

Young and Homeless 2015. (2015). Consulté à l'adresse homeless.org.uk

4. Discussion

Forces de l'étude:

Il s'agit, à notre connaissance de la première étude se penchant sur une intervention psychosociale s'adressant spécifiquement aux problèmes des JIPEPT. L'ES est également à notre connaissance le premier programme décrit s'intéressant directement aux JIPEPT. L'ES inclut les différents éléments reconnus efficaces pour une évolution favorable de clientèles connexes que la revue de littérature a permis de retrouver. Ces éléments incluent l'accent sur la sortie de l'itinérance, une forte intensité de services dans une approche de «case management» spécialisée, l'utilisation d'interventions de proximité et l'intégration des services de toxicomanie aux soins pour la psychose. Ceci représente une avancée dans les connaissances concernant les traitements spécifiques pour cette population.

Une force de cette étude est qu'elle tente de capter la problématique des JIPEPT dans sa globalité, en mesurant plusieurs dimensions importantes de leur évolution, incluant la stabilité et l'autonomie en hébergement, l'évolution clinique globale, l'évolution fonctionnelle, les TLUS et l'utilisation des services. En effet, Carpenter et Strauss (1977) ont mis en évidence que les différentes dimensions d'évolution (ex. symptômes, fonctionnement vocationnel) peuvent évoluer différemment en étant parfois que faiblement associées. Ainsi, en plus de déterminer l'impact de l'ES+CIP sur l'évolution des JIPEPT, cette étude permet d'en connaître davantage sur l'évolution de cette population sur de nombreuses dimensions.

Il est important de souligner que, bien qu'il s'agisse d'une population classiquement difficile à suivre avec un taux d'attrition élevé, l'intervention de l'ES fut associée à peu de perte au suivi. L'aménagement du protocole a permis d'inclure l'ensemble des jeunes référés (même en cas de refus de l'entrevue de recherche grâce à l'accès à leurs dossiers médicaux), ce qui a donné un tableau plus fidèle de cette population difficilement accessible. Ceci semble particulièrement important puisque les JIPEPT étaient souvent méfiants en début de suivi et étaient donc à haut risque de refuser la recherche. Une étude dans laquelle une interaction directe avec les participants serait obligatoire risquerait d'être biaisée et de n'inclure que les participants les moins atteints.

Aussi, la variable principale (stabilité en hébergement) a été mesurée fréquemment entre l'admission et la fin du suivi, ce qui a permis de mettre en lumière les différences entre les deux groupes quant au taux de stabilité en hébergement. Ceci est particulièrement important puisque l'itinérance chronique est associée à une évolution moins favorable. Ainsi, une diminution, même de quelques mois d'instabilité pourrait avoir le potentiel d'être associé à une amélioration du pronostic des JIPEPT.

Limites:

Plusieurs limites doivent être prises en compte dans l'interprétation des résultats.

Le groupe comparateur est une cohorte historique ayant reçu, à une époque antérieure des services du traitement qualifié de «traitement habituel» qui est en fait un traitement relativement intensif, soit une CIP. Ce type de programme, quoique démontré comme étant efficace et recommandé dans les guides de pratique de traitement de la schizophrénie, n'était pas encore, entre 2005 et 2011, une pratique très répandue au Québec, et était surtout concentré dans les centres académiques. La Clinique JAP du CHUM a d'ailleurs toujours été considérée comme étant d'avant-garde et un exemple à suivre dans l'innovation des pratiques en CIP offrant support, formation et mentorat à d'autres équipes à travers la province. Ceci suggère que le traitement comparateur qualifié de «traitement habituel» est en fait un traitement de pointe reconnu efficace, relativement intensif (vu le nombre de patients par intervenant tout de même réduits comparativement aux services psychiatriques ambulatoires réguliers), qui pourrait s'apparenter au concept de «traitement étalon» ou «gold standard» auquel on compare un nouveau traitement.

D'un point de vue scientifique, l'utilisation d'une cohorte historique entraîne son lot de limites méthodologiques. En effet l'utilisation d'une cohorte historique entraîne un biais lié à l'époque où se déroule l'étude. Ceci est particulièrement pertinent dans ce cas-ci, puisque la création de l'EQIIP SOL s'est faite dans le contexte d'un intérêt sociopolitique grandissant envers les personnes en situation d'itinérance et d'investissements provenant de diverses instances dont le gouvernement fédéral. D'ailleurs la création de l'ES a été possible grâce au financement par le gouvernement fédéral d'initiatives novatrices pour le traitement de la

toxicomanie et de l'itinérance. Il est donc difficile de déterminer la part des changements liés au traitement EQIIP SOL de ceux liés aux changements sociopolitiques généraux et des autres changements propres à l'époque (investissements dans les services communautaires et de santé pour les itinérants, sensibilité accrue de la population à la réalité des itinérants (suite à des couvertures médiatiques), modifications des règlements municipaux, les changements initiés dans le réseau de la santé du MSSS, par le Projet de recherche pancanadien « Chez Soi » (modèle logement d'abord) ou d'autres projets dont EQIIP SOL elle-même, etc.). Une étude clinique randomisée aurait éliminé le biais relié à l'époque du suivi (2005 à 2011 vs 2012 à 2015) puisque les 2 traitements auraient été administrés de façon contemporaine et dans un même contexte. Ainsi les différences auraient été plus facilement attribuables aux interventions elles-mêmes. De plus, les interventions de démarchage dans les organismes pour jeunes de la rue visant à détecter plus précocement un plus grand nombre de jeunes adultes aux prises avec des troubles mentaux a pu influencer le type de jeunes recrutés par l'EQIIP SOL. En effet, le nombre de jeunes itinérants ou à haut risqué de l'être, chez qui on a détecté des troubles mentaux et qui ont été référés à EQIIP SOL est 4 fois plus élevé que ceux référés à l'époque de la Clinique JAP seule, par année de suivi. Il est donc possible que ces jeunes détectés en plus grand nombre aient des caractéristiques différentes de ceux pré-EQIIP SOL (ex. plus de symptômes négatifs, plus de désorganisation, etc.) même si les caractéristiques sociodémographiques à l'admission sont similaires entre les 2 groupes (tableau 1).

Par ailleurs, quoique l'étude n'avait pas été développée avec cet objectif c.-à-d. de déterminer quels étaient les ingrédients actifs d'un tel modèle, mis à part les biais associés à l'époque ou à la sélection des participants, il est impossible de clarifier, à l'heure actuelle si les changements notés sont secondaires au modèle global d'intervention ou à des « ingrédients » spécifiques (ex. les interventions ciblées sur la recherche de logement, les liens avec les organismes communautaires, le « outreach », à la composition des équipes (type de professionnels, les professionnels eux-mêmes, les ratios patients/intervenants), à un changement des liens entre les hôpitaux et les organismes communautaires et la création de partenariats, etc.) Certes l'EQIIP SOL n'est pas que l'ajout d'intervenants. Il s'agit d'une approche globale, intégrée qui est sous-tendue par une philosophie et des interventions de proximité qui impliquent le développement de partenariats avec les organismes

communautaires. Quoique certains de ces partenariats étaient déjà existants avec le CHUM et sa CIP (Clinique JAP), EQIIP SOL les a consolidés et a permis la création de nouvelles alliances notamment avec les organismes d'hébergement.

Dans le contexte où le projet clinique ES allait voir le jour, la présente étude s'est greffée au programme clinique pour « l'évaluer ». Il n'était donc pas possible de randomiser les patients, car ceci aurait nécessité la mise en place de nombreux aménagements à la Clinique (notamment une séparation des cliniques JAP et l'ES (pour éviter la « contamination » de Clinique JAP par l'ES dans leur façon d'intervenir). Par ailleurs, les changements dans le niveau de connaissance de ce qu'est la maladie mentale et comment y réagir de la part des intervenants communautaires sensibilisés par l'ES aurait aussi contaminé l'intervention Clinique JAP. De plus, une telle méthodologie ECR aurait été prématurée étant donné la visée exploratoire de ce nouveau projet.

Idéalement, le comparateur aurait été un groupe de JIPEPT, du même secteur, recruté à la même période de temps, et traité par la CIP seule. Toutefois, ayant accès au service de l'ES, et, dans le but d'offrir le « meilleur traitement possible » aux jeunes pour les sortir plus rapidement de la rue, il a été décidé administrativement, que l'ensemble des JIPEPT référés au CHUM seraient suivis par l'ES dès sa création en 2012. Dans ce contexte, un comparateur historique nous semblait le meilleur choix. En effet, les JIPEPT ayant été suivi des années 2005-2011 partageaient un ensemble de caractéristiques avec les jeunes suivis par l'ES (2012-2015) (diagnostic, consommation de drogues, âge, etc.). De plus, des éléments de faisabilité ont justifié le choix du comparateur, notamment l'impossibilité de randomiser puisqu'il s'agit d'abord d'un projet clinique qui allait voir le jour indépendamment du volet recherche. De plus, le fait que les données aient été déjà recueillies sur la clientèle itinérante de la clinique JAP (avant ES) dans le cadre d'un premier projet visant à mieux comprendre le phénomène de l'itinérance chez les jeunes psychotiques était un avantage en termes de faisabilité dans le cadre d'une maîtrise dont la durée dans le temps est limitée. En l'absence d'évidences sur le meilleur traitement pour ces jeunes, la présente étude se voulait un premier pas dans l'acquisition de données pour cette population difficile.

Quoiqu'un groupe contrôle historique comporte plusieurs limites (décrites ci-dessus), le fait qu'il soit issu du même centre desservant la même population du centre-ville de Montréal a des avantages importants. En effet, un groupe contrôle dans un autre hôpital aurait probablement été biaisé puisque les caractéristiques des patients du CHUM diffèrent de celles des patients des autres secteurs de l'île de Montréal puisque le CHUM se trouve au centre-ville, un secteur à haute concentration de jeunes itinérants. D'ailleurs, selon une étude antérieure faite en collaboration avec la clinique des premiers épisodes psychotiques de l'Institut Universitaire en Santé Mentale de Montréal, une proportion beaucoup plus élevée (5 fois plus) de jeunes suivis en CIP sont itinérants au CHUM (Abdel-Baki, Nicole, Granger, & Stip, 2008; Nicole, Abdel-Baki, Granger, Stip, & Lalonde, 2006). Un groupe contrôle dans une autre ville aurait aussi été associé à divers biais: 1) une autre ville du Québec aurait été associée à de nombreuses variables confondantes quant à la proportion d'itinérants, le multiculturalisme et la disponibilité des drogues par exemple, et 2) une autre ville ailleurs au Canada, en plus des difficultés techniques pour l'équipe de recherche, aurait probablement été associée à de nombreux biais quant à l'organisation des soins de santé, aux lois sur les traitements d'urgence et sur le consentement aux soins, ainsi qu'aux différences dans la philosophie du traitement psychiatrique francophone et anglophone. Toutefois, notons qu'il est possible que des différences en plus de celles décrites précédemment existent également entre les groupes (CIP seule vs ES+CIP) et que ces différences soient liées à la période où les sujets ont été suivis. En effet, il y a eu des changements entre 2005-2006 (début du groupe contrôle) et 2012-2015 (période du recrutement pour le groupe ES) entre autres quant aux types de drogues disponibles, leur coût et leur popularité auprès des JIPEPT. Par ailleurs, l'itinérance, en particulier à Montréal, ayant été un sujet d'actualité durant les années 2010 et il est possible que, outre l'intervention de l'ES, des changements structuraux aient eu lieu dans les divers organismes œuvrant avec les itinérants (simple changement de philosophie ou d'ouverture de plusieurs organismes face aux itinérants ou à la maladie mentale ou encore même via l'obtention de subventions ciblant le développement d'initiative visant à mettre fin à l'itinérance). Bien que nos données ne nous permettent pas de mesurer cet aspect spécifique, il est probable qu'au moins une partie des différences observées soit due au fait que l'approche de l'ES a permis de développer davantage de liens avec les organismes communautaires ainsi

que de mieux sensibiliser leur personnel à la réalité des JIPEPT, dans le but de diminuer la stigmatisation.

Une autre limite de cette étude est la petite taille de l'échantillon qui pourrait être associée à une erreur de type β en raison du manque de puissance statistique. Les groupes, étant plutôt restreints, la puissance statistique est limitée et ne permet probablement pas de détecter des différences statistiquement significatives entre les groupes alors que certaines données semblent différentes entre les groupes (ex. nombre de consultations à l'urgence), mais n'atteignent pas le seuil de signifiante statistique. L'opposé est également possible puisque les petits échantillons sont plus à risque de suggérer des différences qui sont dues au hasard ou à certains participants avec des valeurs « extrêmes » loin de la moyenne, mais l'influençant. Par ailleurs, la réplication des résultats avec plusieurs échelles de mesure suggère toutefois qu'un résultat dû au hasard est peu probable.

Le temps de suivi a été fixé à 24 mois. De cette durée découlent plusieurs questions qui demeurent actuellement sans réponse. D'abord, est-ce qu'un suivi clinique d'une durée de 24 mois par une équipe très intensive est nécessaire, ou le suivi pourrait-il prendre fin au moment où le JIPEPT retrouve la stabilité en hébergement (moyenne 7,15 mois) tel que dans le CTI (durée d'épisodes de soins d'environ 9 mois (Hermann, 2000)). Une durée plus longue du suivi de recherche aurait-elle permis d'observer des changements qui apparaîtraient plus tardivement ? Il est possible que la prolongation du suivi par l'ES à plus de 7 mois (délai moyen d'obtention de la stabilité en hébergement) soit nécessaire pour que les JIPEPT se maintiennent en hébergement stable et débutent leurs démarches de rétablissement étant donné la nature complexe et chronique de la psychose et des TLUS. En effet, les observations des cliniciens suggèrent que le manque d'habiletés au niveau de la vie domestique autonome chez les JIPEPT (vs que chez les itinérants plus âgés) pourrait nécessiter une acquisition d'autonomie et d'habiletés de vie qu'ils n'ont pas acquises en jeune âge en lien avec leur maladie et leur désaffiliation (près de 40 % ont une histoire de placement par les services de protection de la jeunesse et pour une proportion significative d'entre eux ce placement a eu lieu jusqu'à la majorité; d'autres ont fait l'objet de négligence parentale d'où, en partie, le peu d'acquis sur les habiletés sociales et de vie autonome). En effet, bien qu'on remarque une

amélioration rapide des symptômes et une sortie de l'itinérance dans les deux groupes, il est possible qu'une plus longue durée de suivi soit nécessaire pour voir apparaître une différence quant au rétablissement vocationnel (travail ou étude) et surtout un changement du TLUS. D'ailleurs, le DSM-5 (Arlington, 2013) décrit qu'un TLUS n'est considéré en rémission seulement qu'un an après la disparition des symptômes de TLUS, ce qui réduit la probabilité d'observer sa disparition sur un suivi aussi court que 2 ans.

Une limite importante de l'étude quant à la mesure de l'évolution du TLUS demeure la précision des outils utilisés. Plutôt que de se baser sur la présence ou non d'un diagnostic de TLUS (abus ou dépendance) ou d'utiliser les échelles DUS et AUS qui mesurent la sévérité du TLUS de façon très rapide et globale, mais très peu précise, il aurait été intéressant de noter les différences d'habitude de consommation, et des comportements antisociaux associés à la consommation, ou encore des comportements à risque (ex. d'infections transmissibles sexuellement ou par le sang).

Bien que les deux groupes aient été comparés à l'admission, il est possible que certaines variables confondantes n'aient pas été mesurées (ex. durée de psychose non traitée, troubles cognitifs, symptômes négatifs, etc.). Les méthodes de «outreach» intensif de l'ES permettent d'ailleurs probablement de détecter des patients avec des caractéristiques cliniques différentes (ex. moins dérangeants, car moins agressifs ou agités, mais avec beaucoup de symptômes négatifs et de troubles cognitifs), qui ne se seraient pas présentés en clinique externe via les voies habituelles du système. Les méthodes de démarchages intensives de l'ES ont probablement mené à la prise en charge par cette équipe de patients différents de ceux qui avaient été suivis par la CIP. Malheureusement, étant donné les limites de cette étude, nous n'avons aucune information sur les JIPEPT qui auraient pu être dépistés par le «outreach» intensif de l'ES mais ne l'ont pas été à l'époque de la CIP. Ainsi, ce biais de recrutement possible a pu entraîner une différence en défaveur des participants du groupe ES quant à leur évolution.

Quant aux échelles utilisées, bien qu'elles soient des échelles reconnues en recherche et que celles-ci ont permis de noter certaines différences à travers le temps, d'autres mesures auraient

pu être intéressantes. Par exemple, une mesure de la symptomatologie négative aurait été intéressante, puisqu'associée à une moins bonne évolution fonctionnelle des patients atteints de psychose (Mancuso, Horan, Kern, & Green, 2011). Bien que nous ayons toutefois prévu dans notre protocole utiliser également la PANSS, une proportion trop importante de patients n'avait pas la patience de participer à la complétion de cette entrevue. L'importante proportion de données manquantes nous a fait conclure qu'il était préférable d'abandonner cette mesure en cours d'étude.

Les échelles GAF et SOFAS, ont toutes les 2 l'avantage de donner une idée rapide, en un coup d'œil de la sévérité de l'impact de la maladie. Toutefois, bien qu'elles mesurent toutes les 2 le fonctionnement social, familial et vocationnel, elles diffèrent entre elles puisque la GAF tient également compte, de la sévérité des symptômes, en plus de l'atteinte du fonctionnement. Pour cette raison, nous nous sommes servis de la GAF pour estimer l'évolution clinique (qui intègre l'évolution symptomatologique et l'évolution fonctionnelle) et le SOFAS pour l'évolution fonctionnelle seulement. L'itinérance représentant un dysfonctionnement social très sévère influence fortement la cotation de ces 2 échelles, puisqu'être sans abris correspond à une cote sous le score de 30 pour les deux échelles. Ceci explique le peu de différence entre ces deux mesures, surtout en début de suivi par ES où c'est surtout l'itinérance qui marque la sévérité de l'atteinte du fonctionnement.

Elles ont été choisies, entre autres raisons, car elles ne nécessitent pas la participation du patient pour une entrevue structurée, ne nécessite que quelques minutes pour être remplies par l'observateur et qu'il était même possible de les coter en complétant les informations par le dossier médical des participants. Cependant, elles sont limitées par l'influence importante de certaines caractéristiques (ex. itinérance (<30), incapacité d'occuper un emploi (<50), présence de symptômes psychotiques (<40), etc.). De plus, les catégories du score du GAF et du SOFAS sont décrites par tranche de 10 points et l'évaluateur doit estimer où il situe le sujet. Comme certains participants demeuraient itinérants et/ou psychotiques et le plus souvent sans emploi, il est fort probable que ces échelles manquaient de précision pour faire ressortir les changements plus discrets qui sont possiblement survenus dans cette population spécifique. Finalement, une mesure de l'évolution générale telle que le GAF et le CGI permet d'évaluer

cette donnée dans une population aux diagnostics hétérogènes.

Une mesure des troubles cognitifs aurait également été pertinente dans cette étude. En effet, le faible niveau de scolarité des participants (9 ans en moyenne) et les observations cliniques suggèrent des difficultés cognitives plus importantes que la population générale des patients PEP. Toutefois, ceci ne peut être qu'une hypothèse en l'absence de mesure objective. Cette question est particulièrement importante puisqu'il est possible que des problèmes cognitifs importants soient à l'origine du plafonnement de l'évolution fonctionnelle de nos participants (Stouten, Veling, Laan, van der Helm, & van der Gaag, 2014) et peut-être de leur situation d'itinérance. Seule une étude plus approfondie incluant des mesures cognitives objectives permettra d'élucider cette question.

Critique des résultats:

Stabilité en hébergement

Notre première hypothèse était que **«les JIPEPT ayant reçu les soins de l'ES + CIP auraient une réduction du délai avant d'atteindre une stabilité en hébergement comparativement à ceux suivis par la CIP seule»**.

La présente étude démontre que l'intervention de l'ES+CIP augmente la probabilité d'atteindre une stabilité en hébergement au cours du suivi. Également, les participants suivis par l'ES+CIP semblent atteindre la stabilité en hébergement plus rapidement que ceux suivis par la CIP seulement lorsqu'on contrôle pour les variables confondantes (TLUS, diagnostic psychiatrique, niveau d'éducation et présence de traits/troubles de personnalité du Cluster B). Néanmoins, tel que mentionné précédemment, il est difficile de savoir si la différence présente entre les 2 groupes est due uniquement à l'intervention ES ajoutée ou à des éléments liés aux périodes d'observation différentes (qui impliquent des contextes sociopolitiques différents), ou aux méthodes de recrutement/détection différentes des JIPEPT en besoin de soins entre les 2 interventions (« outreach » plus important pour l'ES). En effet, « l'outreach » plus important a probablement pour conséquence de détecter non seulement plus de JIPEPT, mais des jeunes avec des caractéristiques cliniques ou psychosociales différentes qui n'auraient pas été

détectées par nos mesures dont la précision n'était peut-être pas suffisante. Il est également impossible de déterminer si les résultats sont associés à l'intervention « en soi » (à l'accent sur l'hébergement, les connaissances des intervenants des organismes communautaires, l'inclusion des familles, etc.) ou seulement à des ratios patients/intervenant moindres. Toutefois tel que démontré par les études sur les adultes itinérants souffrant d'un trouble de santé mentale sévère chez qui les approches priorisant le logement (incluant le CMI) et les approches de type SIM étaient associées à une amélioration de la stabilité en hébergement (Coldwell & Bender, 2007; Susser et al., 1997; Tomita et al., 2014). Il est probable que trois facteurs principaux soient impliqués : l'intensité des services offerts par l'ES (comme dans le SIM), l'accent sur la sortie de l'itinérance (comme le CTI) (D. Herman et al., 2000; Tomita & Herman, 2015; Tomita et al., 2014) et sur l'hébergement (comme dans les approches priorisant la recherche et le maintien du logement) (Aubry et al., 2015).

Notre 2^e hypothèse stipulait que « **les JIPEPT ayant reçu les soins de l'ES + CIP sortiraient de l'itinérance dans une plus grande proportion et amélioreraient davantage leur autonomie en hébergement (type d'hébergement avec de niveau supervision moindre) que ceux suivis par la CIP seule** ». Dans les études longitudinales utilisant la CIP chez les jeunes présentant un PEP, l'intervention est associée à une amélioration de l'autonomie à l'hébergement. Ce concept a été moins utilisé dans la littérature chez les adultes itinérants présentant un trouble de santé mentale chez qui les approches priorisant le logement (incluant le CMI), les approches de type SIM et l'approche CTI étaient associées à une plus grande proportion de sorties de l'itinérance mesurée de manière dichotomique (itinérant oui/non) (Coldwell & Bender, 2007; Tomita et al., 2014), mais pour lesquelles aucune information n'était disponible quant à l'autonomie à l'hébergement.

Autonomie d'hébergement

Contrairement à nos attentes, l'intervention ES + CIP était associée à une plus grande utilisation de l'hébergement avec soutien (appartement supervisé ou foyer de groupe) que la CIP seule à 12 mois de suivi. En effet, les participants du groupe CIP seule se retrouvent plus fréquemment en logement autonome (seul ou chez leurs parents à 12 mois de suivi), mais cette différence disparaît à 24 mois de suivi, indiquant qu'à moyen terme les 2 approches sont

similaires quant à l'obtention d'un logement autonome. Il pourrait s'agir de la manifestation de l'amélioration de l'accessibilité aux hébergements supervisés qui fut mise en place par l'ES via leurs collaborations avec les organismes communautaires en hébergement auxquels ES a offert plus de support clinique. Ayant développé des liens avec différents organismes communautaires et facilité le maintien des JIPEPT dans ce type d'hébergement par leur présence intensive, il est probable que l'ES ainsi que les participants aient préféré la modalité d'un hébergement supervisé plutôt que d'un logement autonome dans le contexte de la sortie de l'itinérance, comme transition chez des jeunes dont le niveau d'autonomie aux activités de la vie domestique (AVD) et activités de la vie quotidienne (AVQ) est souvent altéré. Toutefois, il est difficile de dire si ce choix de trajectoire (fait en partenariat avec les participants) impliquant une transition est plus ou moins bénéfique pour la sortie de l'itinérance et surtout le maintien d'un hébergement autonome à long terme tel que le sous-tend le raisonnement clinique.

Évolution fonctionnelle

Notre 3^e hypothèse suggérait que **les JIPEPT suivis par l'ES + CIP verraient leur fonctionnement s'améliorer de façon similaire à ceux suivis par la CIP seule**. La majorité des études de la revue de littérature, sauf une, n'ont pas pu démontrer de différence statistiquement significative entre l'intervention et le TH. En effet, seule l'étude du projet Chez Soi (Aubry 2014) était associée à une amélioration du fonctionnement en communauté chez les adultes souffrant d'un trouble de santé mentale sévère. Tel qu'attendu selon notre hypothèse, cette étude ne démontre pas de différence quant à l'évolution fonctionnelle des JIPEPT ayant reçu l'ES + CIP vs la CIP seule. En effet, la littérature actuelle démontre peu d'amélioration fonctionnelle supplémentaire chez les itinérants malgré plusieurs types d'interventions étudiées. Chez les jeunes la fonctionnalité a été étudiée dans la littérature avec des méthodologies très hétérogènes. Seule une étude de Slesnick (2015) a démontré une amélioration significative du « 'fonctionnement en communauté' », mais cette mesure incluait le statut d'hébergement. Chez les adultes souffrant d'une pathologie psychiatrique, les mesures d'évolution fonctionnelle sont également très hétérogènes et seule la grande étude du projet Chez-Soi a décelé une différence statistiquement significative quant à l'évolution fonctionnelle (mesurée avec le Multnomah scale) en faveur de l'intervention LD (notons toutefois que le

Multnomah scale inclut des mesures de symptômes, en plus des données fonctionnelles qui sont aussi plus détaillées) (Aubry et al., 2015). D'autres études ont analysé certains points très spécifiques et ont décelé des différences entre les groupes en faveur de l'intervention spécifique pour le nombre de contacts familiaux avec une approche de type CTI (D. B. Herman, 2011), le revenu total avec une approche de type SIM (Calsyn et al., 2000) ainsi qu'une amélioration du maintien de l'hygiène avec une approche de type SIM (Shern et al., 2000). L'échelle d'évolution fonctionnelle (SOFAS) utilisée dans la présente étude ne permettait toutefois pas de déceler des différences avec niveau de précision. Il est possible que, puisque pour une proportion importante des participants, la majorité des informations permettant la cotation des échelles SOFAS et GAF provenait d'informations indirectes (informations notées au dossier par les psychiatres et intervenants) certains changements plus subtils de l'évolution fonctionnelle n'aient pas été notés. Notons aussi que le SOFAS est une échelle peu de précise, ses catégories se divisant par intervalle de 10 points (max 100) pour un même participant contrairement à des échelles comme la Multnomah Community Ability qui a été utilisée dans d'autres études (Aubry et al. 2015).

Évolution clinique globale

Notre 4^e hypothèse était que « **Les JIPEPT suivis par l'ES + CIP auraient une amélioration clinique globale similaire à ceux suivis par la CIP seule** ». L'évaluation clinique globale prend en compte l'intensité de la symptomatologie psychiatrique, ainsi que les différentes dimensions du fonctionnement (Secher et al., 2015). Chez les jeunes itinérants, on remarque dans quelques études que l'intervention spécifique est associée de manière statistiquement significative à une diminution des symptômes psychiatriques dans cette population. Il en va de même pour les adultes qui reçoivent un traitement SIM (Coldwell & Bender, 2007), mais pas pour les autres approches. Tel qu'attendu, les deux groupes ont évolué de manière similaire au cours du suivi.

Évolution des symptômes psychiatriques

Notre 5^e hypothèse était que « **Les JIPEPT suivis par l'ES + CIP amélioreront leur symptomatologie psychiatrique de manière supérieure à ceux suivis par la CIP seule** ». Contrairement à nos attentes, l'évolution clinique globale des JIPEPT telle que mesurée par le

CGI fut similaire pour les 2 interventions. Il est important de noter ici que le « gold standard » actuel dans le traitement des PEP est l'approche préconisée par la CIP (à laquelle l'ES fut ajoutée). Il s'agit donc d'un « traitement habituel » déjà très intensif et efficace (Hanson & Ehmann, 2002). Les études chez les jeunes itinérants présentées en revue de littérature décrivent une amélioration de la symptomatologie des participants avec l'intervention spécifique vs le TH (Milburn et al., 2012; Slesnick et al., 2013; Slesnick, Kang, et al., 2007; Slesnick & Prestopnik, 2005; Wagner et al., 1994), mais leur comparateur, quoique différent d'une étude à l'autre, est toujours beaucoup moins intensif que celui de la présente étude (généralement du Case management de type à la carte (ou « broker case management ») (Slesnick, Kang, et al., 2007; Wagner et al., 1994) ou un suivi régulier en clinique externe de psychiatrie pour les patients atteints de problème de santé mentale (Milburn et al., 2012) ou encore les services d'un refuge pour itinérant (Slesnick et al., 2013; Slesnick & Prestopnik, 2005). Cela nous apparaît être la raison principale pour laquelle nous ne décelons pas de différence entre les deux groupes puisque l'amélioration clinique attribuable au traitement de la CIP est probablement déjà très marquée. Par ailleurs, notons qu'une bonne partie de l'amélioration (du moins symptomatique) est certainement attribuable aux antipsychotiques qui ont été offerts de façon similaire dans les 2 groupes tel qu'indiqué par la dose moyenne d'antipsychotique similaire reçue par chacun des groupes. Ceci étant dit, certains argumenteront peut-être que l'augmentation de l'intensité du suivi n'est pas justifiable si on ne note pas d'amélioration symptomatique. Le stress et la diminution de qualité de vie liée à l'itinérance elle-même seraient à considérer dans cette question qui nécessite un débat philosophique et sociologique. Des études plus approfondies incluant une étude coût-bénéfice permettraient possiblement de justifier une telle approche.

Évolution des TLUS

Notre 6^e hypothèse était que «**Les JIPEPT suivis par l'ES + CIP réduiront de façon similaire leur taux de TLUS par rapport à ceux suivis par la CIP seule**». La littérature actuelle ne démontre que peu de changements quant à la consommation de drogue et d'alcool lors d'interventions ciblées pour les patients itinérants. Bien que plusieurs interventions, ciblant les jeunes itinérants, étudiées dans la littérature ont montré individuellement qu'elles peuvent diminuer la consommation totale, le nombre de drogues ou les comportements à

risque associé ((Baer et al., 2007; Milburn et al., 2012; Peterson et al., 2006; Rotheram-Borus et al., 2003; Slesnick, Erdem, et al., 2013; Slesnick, Kang, et al., 2007; Slesnick & Prestopnik, 2005; Wagner et al., 1994), lorsque regroupées en méta-analyse, les résultats de ces études deviennent peu concluants et hétérogènes (Coren et al., 2013). Les interventions chez les adultes itinérants et atteints d'un problème de santé mentale semblent arriver aux mêmes résultats mitigés. Les approches intégrées en toxicomanie sont celles ayant été le plus associée à une diminution de la consommation d'alcool chez les adultes itinérants souffrant d'un trouble psychiatrique. Toutefois, peu d'études sont disponibles sur le sujet et de tels résultats doivent encore être répliqués. L'impact de l'ES pourrait être associé à une modification des habitudes de consommation, mais les résultats actuels ne permettent pas de conclure à une diminution claire de la prise de drogue ou d'alcool.

Le traitement d'un trouble lié à l'utilisation de substance est un traitement de longue haleine. Il est possible que plus de temps soit nécessaire avant que l'on puisse déceler les modifications associées à une intervention spécifique. Également, tel que mentionné précédemment, il est aussi possible que les changements observés soient reliés à l'époque du suivi, ex. aux différences de type de substances illicites disponibles et populaires chez les JIPEPT entre 2005-2011 et 2012-2015 (ex. augmentation des amphétamines à faible coût sur le marché).

Évolution de l'utilisation des services

Enfin, notre dernière hypothèse était que **les jeunes suivis par l'ES + CIP utiliseraient les services aigus (hospitalisations et consultation à l'urgence) de façon moindre que ceux ayant reçu les services de la CIP uniquement** tel que démontré par les études sur les adultes itinérants atteints d'un problème de santé mentale recevant les services d'un SIM (Coldwell & Bender, 2007). Tel qu'attendu, les participants du groupe ES passent moins de jours à l'hôpital durant le suivi que le groupe CIP et ce dès la première année et tout au long du suivi. Toutefois, cette différence n'apparaît pas statistiquement significative pour le nombre d'hospitalisations ou le nombre de visites à l'urgence, malgré que les chiffres soient très différents. Il est possible que la différence n'ait pas été mise en évidence de manière statistique en raison du petit échantillon utilisé. Certaines études disponibles dans la littérature sont associées à une diminution de l'utilisation des services psychiatriques d'urgence (Aubry et al.,

2015; Dixon, Weiden, Torres, & Lehman, 1997). De plus, les approches dont l'intensité de service est augmentée (par exemple le SIM et de CTI) sont associées, au moins en partie à une diminution des hospitalisations (Aubry et al., 2015; Dixon et al., 1997; D. B. Herman, 2011; Korr & Joseph, 1996; Tomita & Herman, 2012, 2015; Tomita et al., 2014). Il est probable que l'ES soit associée à une diminution des hospitalisations parce qu'elle permet un suivi plus intensif en ambulatoire.

L'ES, une approche «locale»:

Puisqu'il est difficile de dire quels sont les «éléments actifs» de l'approche ES, il est également difficile de dire comment une telle approche pourrait être transposée à d'autres milieux. Il appert qu'une partie fondamentale de l'ES implique le partenariat avec les organismes communautaires, en plus de l'augmentation de l'intensité de traitement. Ainsi, il semble nécessaire de mieux qualifier le genre de partenariat (ex. suivis conjoints, développement d'hébergements spécifiques) nécessaire avant de pouvoir appliquer l'approche de l'ES à d'autres milieux. Une étude qualitative approfondissant la perspective des partenaires communautaires, des JIPEPT et des professionnels de EQIIP SOL pourraient nous informer sur le sujet. Difficile de savoir également si une telle approche serait applicable à l'extérieur du centre-ville de Montréal. À travers la province, mais également à travers le pays et le monde le profil des jeunes itinérants varie, tout comme les services qui leur sont offerts. L'itinérance est un problème social complexe qui se doit d'être analysé de manière spécifique selon le milieu. Une communauté ne doit-elle pas venir en aide aux plus nécessitants, tels les JIPEPT ? Toutefois, il est peu probable qu'une solution universelle existe et permette de régler une problématique aussi complexe. L'approche de l'ES en est une parmi d'autres qui, pas à pas, permettront peut-être un jour de diminuer l'itinérance.

L'importance du réseau:

Souvent, les jeunes qui se retrouvent itinérants ont perdu contact avec leur réseau de soutien naturel (famille, amis, etc.) (Roy, Rousseau, Fortier, & Mottard, 2013). Ils développent souvent, lors de leur vie dans la rue, un nouveau réseau associé à l'itinérance. Parmi ce nouveau réseau se trouvent généralement les organismes communautaires s'adressant aux itinérants. Une des caractéristiques principales de l'ES a été d'établir des liens avec ces

organismes et d'ouvrir de nouvelles passerelles entre la rue, la maison et un traitement psychiatrique.

De nombreuses rencontres ont eu lieu avec les différents organismes communautaires œuvrant avec l'ES. Ces rencontres ont permis d'approfondir les liens avec ces organismes dans le but de mieux venir en aide aux JIPEPT, mais également d'en connaître davantage sur les limites et les difficultés rencontrées par les jeunes désirant accéder au système de santé ou encore à un hébergement stable. C'est ce partenariat qui a permis à l'ES de développer des voies d'accès privilégiés pour les JIPEPT désireux de recevoir un traitement psychiatrique ou un logement. L'EQIIP SOL travaille également, à l'heure actuelle, à développer d'autres aspects du traitement pour les JIPEPT visant le retour vocationnel.

Vers le rétablissement des JIPEPT:

Cette étude suggère donc qu'une intervention de type ES+CIP est associée à un plus haut taux de sortie de l'itinérance que l'intervention CIP seule à 12 mois, ce qui serait en soi une grande réussite pour cette population complexe. Toutefois, bien que les deux interventions soient associées à une amélioration clinique globale et fonctionnelle, on note un plafonnement des acquis au niveau fonctionnel et un faible taux de retour à l'école ou au travail. De futures recherches permettront de comprendre ce phénomène dans lequel plusieurs mécanismes sont probablement impliqués. Il est probable que des caractéristiques propres à la psychose (par exemple l'absence d'autocritique), les problèmes de consommation et les troubles cognitifs associés à la psychose fassent obstacle à ce rétablissement (Stouten et al., 2014). L'absence de stabilité résidentielle semble agir en synergie avec ces trois facteurs chez les JIPEPT, maintenant ceux-ci dans un cercle vicieux. D'ailleurs, il est probable que l'instabilité ou l'itinérance soient associées à la persistance des symptômes psychotiques vu le stress important qu'elle engendre. L'intervention d'une équipe telle que l'ES pourrait contribuer à mettre fin à ce cercle vicieux puisque le développement d'une situation de vie plus stable permettra aux jeunes suivis d'utiliser ce tremplin vers le rétablissement.

Quant à la rémission des problèmes de consommation, il semble que les interventions décrites dans cette étude aient peu d'impact à court terme (24 mois). Le TLUS est une problématique chronique qui nécessite généralement un traitement prolongé (Arlington, 2013). Il s'agit d'un

constat établi chez les patients psychotiques, mais également dans la population générale. Ainsi, la durée de cette étude est probablement trop courte pour noter une différence quant à cette variable. Également la nature des interventions pour la toxicomanie par l'ES devrait aussi faire l'objet d'analyses et de remises en question. En effet, quoique l'ES tente d'utiliser différentes approches démontrées efficaces pour le traitement de la toxicomanie ou la réduction des méfaits qui y sont associés, l'approche de traitement de la toxicomanie au sein de l'ES n'est pas standardisée ou protocolisée alors que les cliniciens font face à des situations complexes avec des patients qui ne souhaitent pas de traitement pour cette condition qui nuit grandement à l'évolution de leur psychose (Tarricone et al., 2014). Toutefois, il est possible qu'une sortie précoce de l'itinérance soit bénéfique sur l'évolution des TLUS. En effet, un jeune vivant dans un mode de vie d'itinérance peut voir peu d'avantages à cesser sa consommation, tandis qu'un jeune ayant retrouvé un mode de vie stable peut reconnaître de nombreux inconvénients à poursuivre sa consommation abusive de drogue telle que la perte d'un logement, une perte de revenu, des difficultés de retour à l'emploi ou aux études, des hospitalisations, etc.

Finalement, une meilleure connaissance du phénomène de l'itinérance est nécessaire dans le but de prévenir le plus possible l'itinérance prolongée. Bien que l'itinérance ou l'instabilité en hébergement puissent survenir à tout moment et pour toutes sortes de raisons (perte d'emploi/de revenu, séparation/divorce, maladie psychiatrique, etc.), une meilleure compréhension du phénomène pourrait peut-être permettre une intervention avant que le problème ne se développe. En effet, cette étude a mis en lumière que la très grande majorité des JIPEPT ont eu des antécédents de traumatisme durant l'enfance et plus de 40 % des expériences de placement par la Direction de la protection de la jeunesse (DPJ). Au moment où ce mémoire est rédigé, des démarches par l'ES avec la DPJ ont lieu dans le but d'établir un corridor de service plus efficace et d'éviter l'itinérance chez les jeunes psychotiques à risque de se retrouver sans-abri et n'ayant que peu de liens avec leurs familles.

Vers de futures recherches

Cette étude exploratoire est donc pertinente, mais préliminaire. Une réplication des résultats serait nécessaire avant de confirmer les bienfaits d'une telle intervention dans un contexte de systèmes de soins de santé limités financièrement. Idéalement, une étude qui pourrait comparer des échantillons similaires (peut-être à travers d'autres centres hospitaliers du centre-ville de Montréal) incluant une analyse coût-bénéfice permettrait dans un deuxième temps de justifier une approche randomisée. Ainsi, plusieurs étapes sont encore nécessaires avant de pouvoir étendre une approche de type ES à l'ensemble du réseau du Québec ou ailleurs dans le monde.

5. Conclusion

Les articles présentés dans ce mémoire sont les premiers à décrire et à analyser une intervention spécifique pour les JIPEPT. Malgré les limites de l'étude, l'ES+CIP semble associée à un taux plus grande probabilité d'atteindre la stabilité en hébergement rapidement chez les JIPEPT. Les JIPEPT forment une population qui partage de nombreux facteurs de mauvais pronostic en regard de l'évolution de la psychose. Les participants décrits ici n'y font pas exception. Il s'agit probablement d'une raison qui fait qu'il reste difficile d'améliorer l'évolution fonctionnelle et symptomatique de ces jeunes. D'autres facteurs qui n'ont pas été mesurés ici (comme les capacités cognitives ou le réseau social) peuvent également entraîner des difficultés dans le rétablissement fonctionnel.

La création de l'ES a permis de mettre en lumière d'importants enjeux dans le traitement des JIPEPT. Les nombreux facteurs de mauvais pronostics associés à cette population, notamment les antécédents d'abus durant l'enfance, les antécédents de violence et les TLUS, ont engendré une réflexion au sein de l'équipe traitante. Il apparaît évident qu'une intervention doit s'étendre à tous les acteurs œuvrant auprès de ces jeunes, bien au-delà des centres hospitaliers. L'ES travaille avec les organismes communautaires, mais il serait intéressant d'évaluer si des liens établis avec les cliniques de pédopsychiatrie, les intervenants des centres jeunesse et les intervenants de la DPJ, mais également avec des prisons, des policiers et des centres de traitement de la toxicomanie amélioreraient le pronostic de ces jeunes. À cet effet, des discussions ont lieu actuellement avec les intervenants œuvrant auprès des jeunes ayant des problèmes de comportement et de santé mentale, notamment avec la DPJ, pour permettre une prise en charge plus rapide et tenter de réduire ou même d'éliminer le passage en itinérance au début de l'âge adulte. Également, dans le but d'améliorer la prise en charge globale de cette population, davantage de liens sont développés avec les centres de traitement de la toxicomanie pour cibler plus précisément cette comorbidité fréquente chez les JIPEPT. Aussi, il semblerait pertinent d'évaluer si l'impact d'une approche intégrée de retour au travail avec un agent utilisant l'«Individual Placement and Support» (intervention de retour au travail et études) est souhaitable pour l'ES afin de tenter d'améliorer l'évolution fonctionnelle et surtout vocationnelle des JIPEPT qui font face à de multiples obstacles dans leur rétablissement.

Ainsi, au-delà de l'intervention de l'ES, la prise en charge des JIPEPT nécessite un partenariat avec de nombreux acteurs du réseau de la santé et des services sociaux. D'autres études seront nécessaires afin d'établir l'efficacité à long terme de l'ES et de clarifier son impact économique. Il est à souhaiter que l'exemple de l'ES amorce un changement dans la prise en charge globale de ces jeunes très vulnérables à travers le Québec.

6. Ressources documentaires

Abdel-Baki, A., Levesque, I.-S., Ouellet-Plamondon, C., & Nicole, L. (2014). *Should we care about homelessness in first episode psychosis? impact on outcome*. Affiche, 9th International Conference on Early Psychosis.

Abdel-Baki, A., Nicole, L., Granger, B., & Stip, E. (2008, octobre). *Longitudinal study of first episode psychosis within the Université de Montréal Network*. Présenté à Early intervention in Psychiatry, Melbourne, Australie.

Abdel-Baki, A., Ouellet-Plamondon, C., Salvat, É., Grar, K., & Potvin, S. (2017). Symptomatic and functional outcomes of substance use disorder persistence 2 years after admission to a first-episode psychosis program. *Psychiatry Research*, 247, 113-119. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2016.11.007>

Addington, Donald, Bouchard, Roch-Hugo, Goldberg, Honer, & Malla, Ashok. (1998). Canadian clinical practice guidelines for the treatment of schizophrenia. The Canadian Psychiatric Association. *Canadian Journal of Psychiatry. Revue Canadienne De Psychiatrie*, 43 Suppl 2, 25S-40S.

Arlington, V. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.)* (American Psychiatric Publishing). American Psychiatric Publishing.

Aubry, T., Tsemberis, S., Adair, C. E., Veldhuizen, S., Streiner, D., Latimer, E., ... Goering, P. (2015). One-year outcomes of a randomized controlled trial of housing first with ACT in five Canadian cities. *Psychiatric Services (Washington, D.C.)*, 66(5), 463-469. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.201400167>

Aurand, A., Dan, E., Crowley, S., Errico, E., Leong, G., & Rodrigues, K. (2016). The Gap report. National Low Income Coalition.

Baer, J. S., Garrett, S. B., Beadnell, B., Wells, E. A., & Peterson, P. L. (2007). Brief motivational intervention with homeless adolescents: Evaluating effects on substance use and service utilization. *Psychology of Addictive Behaviors*, 21(4), 582-586. <https://doi.org/10.1037/0893-164X.21.4.582>

Barrowclough, C., Haddock, G., Wykes, T., Beardmore, R., Conrod, P., Craig, T., ... Tarrier, N. (2010). Integrated motivational interviewing and cognitive behavioural therapy for

people with psychosis and comorbid substance misuse: randomised controlled trial. *BMJ (Clinical Research Ed.)*, 341, c6325.

Bertolote, J., & McGorry, P. (2005). Early intervention and recovery for young people with early psychosis: consensus statement. *The British Journal of Psychiatry. Supplement*, 48, s116-119. <https://doi.org/10.1192/bjp.187.48.s116>

Birchwood, M., Todd, P., & Jackson, C. (1998). Early intervention in psychosis. The critical period hypothesis. *The British Journal of Psychiatry. Supplement*, 172(33), 53-59.

Boonstra, N., Klaassen, R., Sytema, S., Marshall, M., De Haan, L., Wunderink, L., & Wiersma, D. (2012). Duration of untreated psychosis and negative symptoms — A systematic review and meta-analysis of individual patient data. *Schizophrenia Research*, 142(1-3), 12-19. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2012.08.017>

Bowie, C. R., & Harvey, P. D. (2006). Cognitive deficits and functional outcome in schizophrenia. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 2(4), 531-536.

Burnam, M. A., Morton, S. C., McGlynn, E. A., Petersen, L. P., Stecher, B. M., Hayes, C., & Vaccaro, J. V. (1996). An Experimental Evaluation of Residential and Nonresidential Treatment for Dually Diagnosed Homeless Adults. *Journal of Addictive Diseases*, 14(4), 111-134. https://doi.org/10.1300/J069v14n04_07

Calsyn, R. J., Morse, G. A., Klinkenberg, W. D., Trusty, M. L., & Allen, G. (1998). The impact of Assertive Community Treatment on the social relationships of people who are homeless and mentally ill. *Community Mental Health Journal*, 34(6), 579-593.

Calsyn, R. J., Winter, J. P., & Morse, G. A. (2000a). Do consumers who have a choice of treatment have better outcomes? *Community Mental Health Journal*, 36(2), 149-160.

Calsyn, R. J., Winter, J. P., & Morse, G. A. (2000b). Do consumers who have a choice of treatment have better outcomes? *Community Mental Health Journal*, 36(2), 149-160.

Campbell, K., Bond, G. R., & Drake, R. E. (2011). Who Benefits From Supported Employment: A Meta-analytic Study. *Schizophrenia Bulletin*, 37(2), 370-380.

<https://doi.org/10.1093/schbul/sbp066>

Canadian Centre on Substance Abuse. (2014). *Canadian Drug Trends*.

Canadian Psychiatric Association. (2005). Clinical practice guidelines. Treatment of schizophrenia. *Canadian Journal of Psychiatry. Revue Canadienne De Psychiatrie*, 50(13

Suppl 1), 7S-57S.

Catty, J., White, S., Koletsi, M., Becker, T., Fioritti, A., Kalkan, R., ... EQOLISE Group. (2011). Therapeutic relationships in vocational rehabilitation: predicting good relationships for people with psychosis. *Psychiatry Research*, 187(1-2), 68-73.

<https://doi.org/10.1016/j.psychres.2010.10.018>

Ciampi, L. (1980). Catamnestic long-term study on the course of life and aging of schizophrénics. *Psychiatry*, 55, 266-278.

Clark, C., & Rich, A. R. (2003). Outcomes of homeless adults with mental illness in a housing program and in case management only. *Psychiatric services*, 54(1), 78-83.

Coldwell, C. M., & Bender, W. S. (2007). The effectiveness of assertive community treatment for homeless populations with severe mental illness: a meta-analysis. *The American Journal of Psychiatry*, 164(3), 393-399.

<https://doi.org/10.1176/ajp.2007.164.3.393>

Coren, E., Hossain, R., Pardo Pardo, J., Veras, M. M. S., Chakraborty, K., Harris, H., & Martin, A. J. (2013). Interventions for promoting reintegration and reducing harmful behaviour and lifestyles in street-connected children and young people. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2, CD009823. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD009823.pub2>

Craig, T. K. J. (2004). The Lambeth Early Onset (LEO) Team: randomised controlled trial of the effectiveness of specialised care for early psychosis. *BMJ*, 329(7474), 1067-0.

<https://doi.org/10.1136/bmj.38246.594873.7C>

Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4th ed., text rev.). (2000).

Dixon, L., Weiden, P., Torres, M., & Lehman, A. (1997). Assertive community treatment and medication compliance in the homeless mentally ill. *American Journal of Psychiatry*, 154(9), 1302-1304.

Doré-Gauthier, V., Abdel-Baki, A., Farmer, O., & Gagné, L. (2015, juin). *Itinérance à Montréal, nouveaux partenariats*. Présenté à Congrès AMPQ 2015, Éloge de la complexité.

Doré-Gauthier, V., Jutras-Aswad, D., Ouellet-Plamondon, C., & Abdel-Baki, A. (s. d.). en rédaction.

Drake, R. E., Yovetich, N. A., Bebout, R. R., Harris, M., & McHugo, G. J. (1997). Integrated treatment for dually diagnosed homeless adults. *The Journal of Nervous and Mental*

Disease, 185(5), 298-305.

Drake, R., & McHugo, G. (1996). *Clinician rating scales: Alcohol Use Scale (AUS), Drug Use Scale (DUS), and Substance Abuse Treatment Scale (SATS)*. Williams & Wilkins.

Everett-Green, R. (2015, octobre). Art project invites Montrealers to talk about homelessness. *The Globe and Mail*. Montreal.

Farmer, O. (2011). Santé mentale au cœur de la ville : au carrefour urbain des différences. *Santé mentale au Québec*, 36(2), 7. <https://doi.org/10.7202/1008587ar>

Farmer, O. (2012). Nouveau projet clinique et de logement pour itinérants. *Santé mentale au Québec*, 37(1), 7. <https://doi.org/10.7202/1012640ar>

Farmer, O. (2015, mai). Le PRISM en 2 minutes. Consulté à l'adresse https://www.youtube.com/watch?v=g_GY6OCep78

Forchuk, C., MacClure, S. K., Van Beers, M., Smith, C., Csiernik, R., Hoch, J., & Jensen, E. (2008). Developing and testing an intervention to prevent homelessness among individuals discharged from psychiatric wards to shelters and 'no fixed address'. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 15(7), 569–575.

Frederick, T. J., Chwalek, M., Hughes, J., Karabanow, J., & Kidd, S. (2014). How Stable is Stable? Defining and Measuring Housing Stability. *Journal of Community Psychology*, 42(8), 964-979.

Gaetz, S., Marsolais, A., Gulliver, T., Hamdi, S., Lacroix, P., Donaldson, J., ... Wan, S. (2014). Le rond-point de l'itinérance. Consulté à l'adresse

<http://rondpointdelitinerance.ca/observatoirecanadiensurlitinerance>

Garety, P. A., Craig, T. K., Dunn, G., Fornells-Ambrojo, M., Colbert, S., Rahaman, N., ...

Power, P. (2006). Specialised care for early psychosis: symptoms, social functioning and patient satisfaction Randomised controlled trial. *The British Journal of Psychiatry*, 188(1), 37–45.

Gaudreau, P., & Depars, M. (2008). Réseau d'Aide aux personnes seules et itinérantes de Montréal. Consulté à l'adresse www.rapsim.org

Gilbert, M., & Jackson, O. (2014). Proposition de guide à l'implantation des équipes de premier épisode psychotique. Ministère de la santé et des services sociaux du Québec.

Godley, C. (1987). *Vers une politique municipale pour les sans-abri. Rapport du comité des*

sans-abri déposé au conseil municipal de Montréal. Montréal: Conseil municipal de Montréal.

Goering, P., Veldhuizen, S., Watson, A., Adair, C., Kopp, B., Latimer, E., ... Aubry, T. (2014). *National At Home/Chez Soi Final Report* (Calgary, AB). Mental Health Commission of Canada. Consulté à l'adresse www.mentalhealthcommission.ca

Gouvernement du Québec. (2014, décembre). Plan d'action interministériel en itinérance 2015-2020.

Gouvernement du Québec. (2015). Plan d'action en santé mentale 2015-2020.

Greenwood, R. M., Schaefer-McDaniel, N. J., Winkel, G., & Tsemberis, S. J. (2005). Decreasing Psychiatric Symptoms by Increasing Choice in Services for Adults with Histories of Homelessness. *American Journal of Community Psychology, 36*(3-4), 223-238. <https://doi.org/10.1007/s10464-005-8617-z>

Gulcur, L., Stefancic, A., Shinn, M., Tsemberis, S., & Fischer, S. N. (2003). Housing, hospitalization, and cost outcomes for homeless individuals with psychiatric disabilities participating in continuum of care and housing first programmes. *Journal of Community & Applied Social Psychology, 13*(2), 171-186. <https://doi.org/10.1002/casp.723>

Guy, W. (1976). *Assessment Manual for Psychopharmacology* (ECDEU).

Hanson, L., & Ehmann, T. (2002). *Early Psychosis: a Care Guide Summary*.

Hasin, D. S., Grant, B., & Endicott, J. (1990). The natural history of alcohol abuse: implications for definitions of alcohol use disorders. *The American Journal of Psychiatry, 147*(11), 1537-1541. <https://doi.org/10.1176/ajp.147.11.1537>

Heinrichs, D. W., Hanlon, T. E., & Carpenter, W. T. (1984). The Quality of Life Scale: an instrument for rating the schizophrenic deficit syndrome. *Schizophrenia Bulletin, 10*(3), 388-398.

Herman, Daniel B. (s. d.). A Critical Time Intervention with Mentally III Homeless Men: Impact On Psychiatric Symptoms.

Herman, D. B. (2011). Randomized Trial of Critical Time Intervention to Prevent Homelessness After Hospital Discharge. *Psychiatric Services, 62*(7), 713. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.62.7.713>

Herman, D., Opler, L., Felix, A., Valencia, E., Wyatt, R. J., & Susser, E. (2000). A critical time

intervention with mentally ill homeless men: impact on psychiatric symptoms. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 188(3), 135-140.

Hill, M., Crumlish, N., Clarke, M., Whitty, P., Owens, E., Renwick, L., ... O'Callaghan, E. (2012). Prospective relationship of duration of untreated psychosis to psychopathology and functional outcome over 12years. *Schizophrenia Research*, 141(2-3), 215-221.
<https://doi.org/10.1016/j.schres.2012.08.013>

Hudson, A. L., Nyamathi, A., Greengold, B., Slagle, A., Koniak-Griffin, D., Khalilifard, F., & Getzoff, D. (2010). Health-seeking challenges among homeless youth. *Nursing Research*, 59(3), 212-218. <https://doi.org/10.1097/NNR.0b013e3181d1a8a9>

Iyer, S. N., & Malla, A. K. (2014). [Early intervention in psychosis: concepts, current knowledge and future directions]. *Santé Mentale Au Québec*, 39(2), 201-229.

Karabanow, J., & Naylor, T. (2013). Pathways Towards Stability : Young People's Transitions Off of the Streets. *Youth Homelessness in Canada - Implications for Policy and Practice*, p. 39-53. Canada.

Kay, S. R., Fiszbein, A., & Opler, L. A. (1987). The positive and negative syndrome scale (PANSS) for schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 13(2), 261-276.

Killackey, E., Jackson, H. J., & McGorry, P. D. (2008). Vocational intervention in first-episode psychosis: individual placement and support v. treatment as usual. *The British Journal of Psychiatry: The Journal of Mental Science*, 193(2), 114-120.
<https://doi.org/10.1192/bjp.bp.107.043109>

Koh, H. K., & Sebelius, K. G. (2010). Promoting Prevention through the Affordable Care Act. *New England Journal of Medicine*, 363(14), 1296-1299.
<https://doi.org/10.1056/NEJMp1008560>

Korr, W. S., & Joseph, A. (1996). Housing the Homeless Mentally Ill: Findings from Chicago. *Journal of Social Service Research*, 21(1), 53-68.
https://doi.org/10.1300/J079v21n01_04

Kosten, T. A., & Rounsaville, B. J. (1992). Sensitivity of psychiatric diagnosis based on the best estimate procedure. *The American Journal of Psychiatry*, 149(9), 1225-1227.
<https://doi.org/10.1176/ajp.149.9.1225>

Latimer, E. (2000). Le suivi intensif en équipe pour personnes atteintes de troubles

mentaux graves. Association des hôpitaux du Québec. Consulté à l'adresse www.ahq.org

Lehman, A. F., Lieberman, J. A., Dixon, L. B., McGlashan, T. H., Miller, A. L., Perkins, D. O., & Kreyenbuhl, J. (2004). Practice guideline for the treatment of patients with schizophrenia. American Psychiatric Association. *The American Journal of Psychiatry*, 154(4 Suppl), 1-63.

Levesque, I.-S., & Abdel-Baki, A. (2014). *What do we know about homelessness in first episode psychosis?* Affiche présenté à Early Intervention in Psychiatry.

Lovibond, P. F., & Lovibond, S. H. (1995). The structure of negative emotional states: comparison of the Depression Anxiety Stress Scales (DASS) with the Beck Depression and Anxiety Inventories. *Behaviour Research and Therapy*, 33(3), 335-343.

Manchanda, R., Chue, P., Malla, A., Tibbo, P., Roy, M.-A., Williams, R., ... Banks, N. (2013). Long-acting injectable antipsychotics: evidence of effectiveness and use. *Canadian Journal of Psychiatry. Revue Canadienne De Psychiatrie*, 58(5 Suppl 1), 5S-13S.

Mancuso, F., Horan, W. P., Kern, R. S., & Green, M. F. (2011). Social cognition in psychosis: multidimensional structure, clinical correlates, and relationship with functional outcome. *Schizophrenia Research*, 125(2-3), 143-151.
<https://doi.org/10.1016/j.schres.2010.11.007>

Marshall, M., Lewis, S., Lockwood, A., Drake, R., Jones, P., & Croudace, T. (2005). Association between duration of untreated psychosis and outcome in cohorts of first-episode patients: a systematic review. *Archives of General Psychiatry*, 62(9), 975-983.
<https://doi.org/10.1001/archpsyc.62.9.975>

Marx, A., Test, M. A., & Stein, L. . (1973). Extrahospital management of severe mental illness. *Archives of General Psychiatry*, 29, 505-511.

Mcgillvray, K. (2015, Décembre). Homeless in Montreal : New 5-year plan aims to get 2000 off streets. *CBC news*. Montreal.

McGorry, E. J., & Lieberman, J. (2002). *Implementing Early Intervention in Psychosis: A guide to Establishing Psychosis Services* (CRC Press, Vol. 1–1ere Edition). Florence, KY, USA.

McHugo, G. J., Bebout, R. R., Harris, M., Cleghorn, S., Herring, G., Xie, H., ... Drake, R. E. (2004). A randomized controlled trial of integrated versus parallel housing services for

homeless adults with severe mental illness. *Schizophrenia bulletin*, 30(4), 969.

Milburn, N. G., Iribarren, F. J., Rice, E., Lightfoot, M., Solorio, R., Rotheram-Borus, M. J., ... Duan, N. (2012). A Family Intervention to Reduce Sexual Risk Behavior, Substance Use, and Delinquency Among Newly Homeless Youth. *Journal of Adolescent Health*, 50(4), 358-364. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2011.08.009>

Mio, K. (2015, juillet). More than 3000 homeless in Montreal, census shows. *Montreal Gazette*. Montreal.

Morse, G. A., Calsyn, R. J., Allen, G., Tempelhoff, B., & Smith, R. (1992). Experimental Comparison of the Effects of Three Treatment Programs for Homeless Mentally Ill People. *Hospital and Community Psychiatry*, 43(10), 1005-1009.

National Collaborating Centre for Mental Health (UK). (2013). *Psychosis and Schizophrenia in Children and Young People: Recognition and Management*. Leicester (UK): British Psychological Society. Consulté à l'adresse <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK299073/>

Nicole, L., Abdel-Baki, A., Granger, B., Stip, E., & Lalonde, P. (2006, octobre). *Longitudinal study of first episode psychosis within the Université de Montréal Network*. Présenté à International Conference on Early Psychosis, Birmingham.

Nielssen, O., & Large, M. (2010). Rates of homicide during the first episode of psychosis and after treatment: a systematic review and meta-analysis. *Schizophrenia Bulletin*, 36(4), 702-712. <https://doi.org/10.1093/schbul/sbn144>

Nolin, M., Malla, A., Tibbo, P., Norman, R., & Abdel-Baki, A. (2016). Early Intervention for Psychosis in Canada: What Is the State of Affairs? *The Canadian Journal of Psychiatry*, 61(3), 186-194. <https://doi.org/10.1177/0706743716632516>

Nordentoft, M., Madsen, T., & Fedyszyn, I. (2015). Suicidal behavior and mortality in first-episode psychosis. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 203(5), 387-392. <https://doi.org/10.1097/NMD.0000000000000296>

Odell, S. M., & Commander, M. J. (2000). Risks factors for homelessness among people with psychotic disorders. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 35(9), 396-401.

Padgett, D. K. (2006). Housing First Services for People Who Are Homeless With Co-Occurring Serious Mental Illness and Substance Abuse. *Research on Social Work Practice*,

16(1), 74-83. <https://doi.org/10.1177/1049731505282593>

Patterson, M., Moniruzzaman, A., Palepu, A., Zabkiewicz, D., Frankish, C. J., Krausz, M., & Somers, J. M. (2013). Housing First improves subjective quality of life among homeless adults with mental illness: 12-month findings from a randomized controlled trial in Vancouver, British Columbia. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 48(8), 1245-1259. <https://doi.org/10.1007/s00127-013-0719-6>

Perkins, D. O., Gu, H., Boteva, K., & Lieberman, J. A. (2005). Relationship between duration of untreated psychosis and outcome in first-episode schizophrenia: a critical review and meta-analysis. *The American Journal of Psychiatry*, 162(10), 1785-1804. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.162.10.1785>

Peterson, P. L., Baer, J. S., Wells, E. A., Ginzler, J. A., & Garrett, S. B. (2006). Short-term effects of a brief motivational intervention to reduce alcohol and drug risk among homeless adolescents. *Psychology of Addictive Behaviors: Journal of the Society of Psychologists in Addictive Behaviors*, 20(3), 254-264. <https://doi.org/10.1037/0893-164X.20.3.254>

Provencher, H. L. (2002). L'expérience du rétablissement : perspectives théoriques. *Santé mentale au Québec*, 27(1), 35. <https://doi.org/10.7202/014538ar>

Rotheram-Borus, M. J., Song, J., Gwadz, M., Lee, M., Van Rossem, R., & Koopman, C. (2003). Reductions in HIV risk among runaway youth. *Prevention Science*, 4(3), 173-187.

Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists Clinical Practice Guidelines Team for the Treatment of Schizophrenia and Related Disorders. (2005). Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists clinical practice guidelines for the treatment of schizophrenia and related disorders. *The Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 39(1-2), 1-30. <https://doi.org/10.1111/j.1440-1614.2005.01516.x>

Roy, L., Rousseau, J., Fortier, P., & Mottard, J.-P. (2013). Housing and home-leaving experiences of young adults with psychotic disorders: a comparative qualitative study. *Community Mental Health Journal*, 49(5), 515-527. <https://doi.org/10.1007/s10597-012-9531-0>

Sara, G. E., Burgess, P. M., Malhi, G. S., Whiteford, H. A., & Hall, W. C. (2014). Stimulant and other substance use disorders in schizophrenia: prevalence, correlates and impacts in a

population sample. *The Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 48(11), 1036-1047. <https://doi.org/10.1177/0004867414533838>

Secher, R. G., Hjorthoj, C. R., Austin, S. F., Thorup, A., Jeppesen, P., Mors, O., & Nordentoft, M. (2015). Ten-Year Follow-up of the OPUS Specialized Early Intervention Trial for Patients With a First Episode of Psychosis. *Schizophrenia Bulletin*, 41(3), 617-626. <https://doi.org/10.1093/schbul/sbu155>

Shern, D. L., Tsemberis, S., Anthony, W., Lovell, A. M., Richmond, L., Felton, C. J., ... Cohen, M. (2000). Serving street-dwelling individuals with psychiatric disabilities: outcomes of a psychiatric rehabilitation clinical trial. *American Journal of Public Health*, 90(12), 1873.

Skalli, L., & Nicole, L. (2011). [Specialised first-episode psychosis services: a systematic review of the literature]. *L'Encéphale*, 37 Suppl 1, S66-76. <https://doi.org/10.1016/j.encep.2010.08.004>

Slesnick, N., Erdem, G., Bartle-Haring, S., & Brigham, G. S. (2013). Intervention with substance-abusing runaway adolescents and their families: Results of a randomized clinical trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 81(4), 600-614. <https://doi.org/10.1037/a0033463>

Slesnick, N., Guo, X., & Feng, X. (2013). Change in Parent- and Child-Reported Internalizing and Externalizing Behaviors Among Substance Abusing Runaways: The Effects of Family and Individual Treatments. *Journal of Youth and Adolescence*, 42(7), 980-993. <https://doi.org/10.1007/s10964-012-9826-z>

Slesnick, N., & Kang, M. J. (2008). The impact of an integrated treatment on HIV risk behavior among homeless youth: a randomized controlled trial. *Journal of Behavioral Medicine*, 31(1), 45-59. <https://doi.org/10.1007/s10865-007-9132-5>

Slesnick, N., Kang, M. J., Bonomi, A. E., & Prestopnik, J. L. (2007). Six- and Twelve-Month Outcomes among Homeless Youth Accessing Therapy and Case Management Services through an Urban Drop-in Center: Drop-in Center. *Health Services Research*, 43(1p1), 211-229. <https://doi.org/10.1111/j.1475-6773.2007.00755.x>

Slesnick, N., & Prestopnik, J. L. (2005). Ecologically based family therapy outcome with substance abusing runaway adolescents. *Journal of Adolescence*, 28(2), 277-298. <https://doi.org/10.1016/j.adolescence.2005.02.008>

Slesnick, N., Prestopnik, J. L., Meyers, R. J., & Glassman, M. (2007). Treatment outcome for street-living, homeless youth. *Addictive Behaviors, 32*(6), 1237-1251.

<https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2006.08.010>

Sobell, L. C., Toneatto, T., Sobell, M. B., Leo, G. I., & Johnson, L. (1992). Alcohol abusers' perceptions of the accuracy of their self-reports of drinking: implications for treatment. *Addictive Behaviors, 17*(5), 507-511.

Stein, L. I., & Test, M. A. (1980). Retraining hospital staff for work in a community program in wisconsin. *Hospital & Community Psychiatry, 27*, 266-268.

Stip, E., Abdel-Baki, A., Bloom, D., Grignon, S., & Roy, M.-A. (2011). [Long-acting injectable antipsychotics: an expert opinion from the Association des médecins psychiatres du Québec]. *Canadian Journal of Psychiatry. Revue Canadienne De Psychiatrie, 56*(6), 367-376.

Stouten, L. H., Veling, W., Laan, W., van der Helm, M., & van der Gaag, M. (2014). Psychotic symptoms, cognition and affect as predictors of psychosocial problems and functional change in first-episode psychosis. *Schizophrenia Research, 158*(1-3), 113-119.

<https://doi.org/10.1016/j.schres.2014.06.023>

Strauss, J. S., & Carpenter, W. T. (1977). Prediction of outcome in schizophrenia. III. Five-year outcome and its predictors. *Archives of General Psychiatry, 34*(2), 159-163.

Susser, E., Valencia, E., Conover, S., Felix, A., Tsai, W.-Y., & Wyatt, R. J. (1997). Preventing recurrent homelessness among mentally ill men: a « critical time » intervention after discharge from a shelter. *American Journal of Public Health, 87*(2), 256-262.

Tarricone, I., Boydell, J., Panigada, S., Allegri, F., Marcacci, T., Minenna, M. G., ... Berardi, D. (2014). The impact of substance use at psychosis onset on First Episode Psychosis course: results from a 1 year follow-up study in Bologna. *Schizophrenia Research, 153*(1-3), 60-63. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2014.01.014>

Thomson, D. A., Gélinas, D., & Ricard, N. (2002). Le modèle PACT : Suivi dans la communauté des personnes atteintes de troubles mentaux graves. *L'infirmière du Québec, 10*(1), 28-36.

Tomita, A., & Herman, D. B. (2012). The Impact of Critical Time Intervention in Reducing Psychiatric Rehospitalization After Hospital Discharge. *Psychiatric Services, 63*(9),

935-937. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.201100468>

Tomita, A., & Herman, D. B. (2015). The Role of a Critical Time Intervention on the Experience of Continuity of Care Among Persons With Severe Mental Illness After Hospital Discharge: *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 203(1), 65-70.

<https://doi.org/10.1097/NMD.0000000000000224>

Tomita, A., Lukens, E. P., & Herman, D. B. (2014). Mediation analysis of critical time intervention for persons living with serious mental illnesses: Assessing the role of family relations in reducing psychiatric rehospitalization. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 37(1), 4-10. <https://doi.org/10.1037/prj0000015>

Trusty, M. L. (1997). Three Types of Case Management for Homeless Mentally ill Persons. *Psychiatric Services*, 48(4), 497-503.

Tsemberis, S. J., Moran, L., Shinn, M., Asmussen, S. M., & Shern, D. L. (2003). Consumer preference programs for individuals who are homeless and have psychiatric disabilities: a drop-in center and a supported housing program. *American journal of community psychology*, 32(3-4), 305-317.

tull, tanya, clark, james P., Cohen, C. S., Kane, J., & Neely, M. (2015). partnering for change. Consulté à l'adresse www.partnering-for-change.org

Vaillant, G. E. (1966). Twelve-Year Follow-up of New York Narcotic Addicts: The Natural History of a Chronic Disease. *New England Journal of Medicine*, 275(23), 1282-1288.

<https://doi.org/10.1056/NEJM196612082752305>

Verdoux, H., Liraud, F., Gonzales, B., Fournet, O., Pauillac, P., Assens, F., ... Bourgeois, M. (1999). [Prognosis of short-term outcome in the first admission for psychosis]. *L'Encéphale*, 25(3), 213-220.

Virani, A. S. (Éd.). (2012). *Clinical handbook of psychotropic drugs* (19th [completely] rev. ed). Ashland, Ohio: Hogrefe.

Wagner, V., Sy, J., Weeden, K., Blanchard, T., Cauce, A. M., Morgan, C. J., ... Tomlin, S. (1994). Effectiveness Of Intensive Case Management For Homeless Adolescents: Results Of A 3-Month Follow-Up. *Journal of Emotional and Behavioral Disorders*, 2(4), 219-227.

<https://doi.org/10.1177/106342669400200404>

Wing, J. K. (1989). Schizophrenic psychoses: Causal factors and risks. *The Scope of Epidemiological Psychiatry*, p. 225-239. Londres.

Young and Homeless 2015. (2015). Consulté à l'adresse homeless.org.uk

Annexe I

Tableau 1 : Interventions s'intéressant aux jeunes itinérants (Annexe I)

Auteurs (date)	Issue(s) principale(s) (durée)	Intervention et traitement comparatif (méthodologie) (n)	Population étudiée	Stabilité en hébergement*	Symptômes psychiatriques	Fonctionnalité	Trouble lié à l'utilisation de substances	Utilisation des services
Siesnick et al (2005, 2007, 2007) ("Midwestern City", É.-U.)	Utilisation de substance, stabilité sociale (18 mois)	Community reinforcement approach (CRA) vs traitement usuel (centre de jour pour jeunes de la rue) (ERC) (n=180)	Jeunes entre 14 et 24 ans, en situation d'itinérance	amélioration de la stabilité sociale (F=3.86, p=0,05)(addition du nombre de jours de travail, d'école, de visite médicales et en hébergement pour une période donnée).	Diminution des symptômes dépressifs (mesuré avec le Brief symptom inventory (BSI) (CRA : F(1, 153) = 33.58, p b 0.001; d = 0.94) ; TAU (F(1, 153)=6.51, pb0.05; d=0.41	c.f stabilité en héberger	Diminution du nombre de jours d'utilisation de substances (Form 90)(CRA (F(1, 153) = 37.29, p b 0.001; d = 1.00) TAU (F(1, 153) = 6.89, p b 0.05; d = 0.41))	c.f. EF
Siesnick et al (2005, 2013) (Albuquerque, É.-U.)	Utilisation de substance (24 mois)	L'Ecologically Based Family Therapy (EBFT) vs CRA vs Entretien motivationnel (n=124)	Jeunes entre 12 et 17 ans et atteint d'un diagnostic d'abus de drogue ou d'alcool (DSM IV) recrutés dans les refuges de la ville et n'étant pas sous protection de la loi	Aucune donnée	Diminution à deux ans des comportements internalisés et externalisés(Child Behavior checklist) (F(2,133)=4.28, p <.05)	Aucune différence mesurée avec le family environment scale, le conflict tactic scale et le parental bonding instrument	Pour ceux ayant complété au moins 4 séances, diminution générale de consommation mesuré avec le (Form 90) (F(3; 810)=2,91; p<0.05; Z2 14 0:10).	Aucune donnée
Wagner et al (1994) (Seattle, É.-U.)	Symptômes (troubles du comportement) (3 mois)	Case management intensif (project Passage) vs case management régulier (ERC) (n=115)	Jeunes entre 13 et 21 ans, itinérants, n'étant pas sous protection de la loi.	Aucune donnée	Diminution de l'agressivité (F(1,108) = 2,94, p<0,1) et des comportements désorganisés (F(1,108)= 11,41, p<0,1) (Youth Self Report). Pas de différence mesurée avec le Reynolds	Aucune donnée	Aucune différence significative entre les groupes mesurée avec le Personal Experience Screening Questionnaire	Aucune donnée
Baer et al. (2007) , Peterson et al. (2006)	Utilisation des services (Baer); Utilisation de substances (Peterson) (3 mois)	Intervention motivationnelle brèves vs liste d'attente (+ traitement habituel)(ERC) (n=402)	Jeunes itinérants entre 13 et 19 ans et ayant eu au moins un épisode de consommation d'alcool "en binge" au moins 4 fois dans le dernier mois et n'ayant jamais reçu de traitement pour l'abus ou la dépendance à l'alcool.	Aucune donnée	Aucune donnée	Aucune donnée	Aucune différence significative entre les groupes mesurée (Baer) , diminution de la consommation de drogues illicites (Peterson) à 1 mois t(288)= 2.24, p=0.03, mais absence de différence soutenue à 3 mois (TLFB).	Augmentation du nombre de visite en centre de jour, et de l'utilisation des services(Cohen's f 2= .03) à 1 mois. Aucune différence significative soutenue à 3 mois
Milburn et al. (2012) (Los Angeles et San Bernardino, É.-U.)	Utilisation de substance, comportements sexuels à risque et comportements délinquants (12 mois)	Intervention familiale à domicile (STRIVE)vs traitement habituel (ERC) (n=151)	Jeunes de 12 à 17 ans en fugue au moins 2 nuits durant le dernier 6 mois et n'étant pas sous protection de la loi	Aucune donnée	Diminution des comportements délinquants (critères dx du trouble des conduites DSM-IV-TR) (2.2 à 0.6, STRIVE vs (2.6 à 1.5, TAU (p = .001)	Aucune donnée	Diminution du nombre de consommation d'alcool et des "autres drogues" (questionné tel quel lors d'une entrevue de recherche) à 3 mois (7.7x vs 1.8x STRIVE, vs 5.7 à 4.3x TAU (p = .003)). Augmentation de la consommation de THC (9x à 12x STRIVE, vs 13x à 6x TAU, p < .001)). Pas de différence en considérant uniquement la présence d'utilisation de drogue ou d'alcool	Aucune donnée
Rotheram-Borus et al (2003) (New-York, É.-U.)	Utilisation de substances et comportements sexuels à risque (24 mois)	Intervention psychoéducatrice "street-smart" vs traitement usuel (refuge pour jeunes de la rue) étude comparative non-randomisée (2 refuges "interventions et 2 refuges "contrôle") (n=187)	jeunes fugueurs entre 11 et 18 ans se présentant aux refuges de la ville	Aucune donnée	Aucune donnée	Aucune donnée	Diminution de la consommation de cannabis chez les femmes à 6 mois et à 12 mois(OR = 0.31, p = 0.033) , (OR = 0.19, p = 0.005). Absence de différence à 24 mois. Augmentation de la consommation des autres drogues chez les femmes à 6 mois (OR = 0.33, p = 0.027) et à 12 mois (OR = 0.36, p = 0.019). Chez les hommes, diminution de la consommation de cannabis à 3 mois (OR = 0.19, p = 0.050), pas d'autre différence sur l'utilisation des autres drogues (mesure = Consommation vs absence de consommation dans le dernier mois).	Aucune donnée
Coren et al.(2013) (É.-U.)	Réintégration sociale (itinérance) (durée variable)	Interventions spécifiques pour les jeunes itinérants vs traitement habituel (Méta analyse) (n=2315)	jeunes itinérants (variable selon les études)	Aucune donnée	Aucune différence statistiquement significative	Aucune différence statistiquement significative	Résultats mitigés, possible légère diminution du nombre de diagnostic associés à l'utilisation de substances (CDISC (MD -0,70, 95%, CI -1,27 à -0,14) en faveur de l'EBFT, basé sur les études de Siesnick uniquement	Aucune différence statistiquement significative

*NB.: Pour l'ensemble des études ci-haut, il n'existe Aucune donnée mesurée pour l'itinérance per se

Tableau 2 : Interventions s'intéressant aux adultes itinérants souffrant d'un trouble de santé mentale sévère. (partie 1)

	Auteurs (date et lieu)	Intervention et traitement comparatif (méthodologie) (n)	Issue(s) principale(s) (durée)	Population étudiée	Stabilité en hébergement	Itinérance	Symptômes psychiatriques	Évolution fonctionnelle (EF)	Utilisation de drogue	Utilisation des services
Approches priorisant le logement	Aubry et al. (2014) (multisites, Canada)	Projet Chez soi vs traitement habituel (ERC) (n=950)	Stabilité en hébergement, fonctionnement en communauté et qualité de vie (24 mois)	Adultes itinérants ou instables en hébergement et atteints d'un trouble psychiatrique (Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI))	Augmentation de la stabilité hébergement (TLFB) $p<.001$, OR=6.35)	Aucune donnée	Pas de différence entre le groupe traité et le groupe contrôle (Colorado Symptom Index (CSI))	Augmentation du fonctionnement en communauté($p=.003$, $d=.25$, $O=.09-.41$) (Multnomah Community Ability)	Diminution de l'usage substances dans certains sous groupes (données brutes non disponibles). Aucune différence significative dans l'ensemble (GAIN Substance Problem Scale)	Diminution des visites à l'urgence, diminution des visites en clinique externe, diminution des visites en centres de jours augmentation de l'aide alimentaire (données brutes non
	Greenwood et al. (2005) (New-York É.-U.)	Housing First vs traitement habituel (traitement d'abord) (ERC) (n=197)	Symptômes psychiatriques (36 mois)	Adultes itinérants (15 jours en refuges ou dans la rue durant les 30 jours précédents) ou instables en hébergement et souffrant d'un diagnostic psychiatrique de l'axe I	Aucune donnée	Diminution de l'itinérance tel que mesuré (residential follow-back(RFB) ($t = -7,68$ $p<0,0001$))	Pas de différence significative (CSI)	Aucune donnée	Aucune donnée	Aucune donnée
	Padgett et al. (2006) Gulcur et al. (2003) (New-York É.-U.)	Housing First vs traitement habituel (traitement d'abord et hébergement nécessitant l'abstinence) (ERC) (n=225)	Utilisation d'alcool et utilisation des services (48 mois)	Adultes itinérants ou instables en hébergement et ayant un trouble psychiatrique de l'axe I (DSM IV-TR)	Aucune donnée	Aucune donnée	Aucune donnée	Aucune donnée	Diminution de l'utilisation de substance, de l'utilisation de centre de traitement de la toxicomanie selon données(analyse qualitative) $v2 = 8.458, df=1, P=.004; v2 = 11.726, df=1, P=.001$ associé à	Diminution des pertes au suivi $v2 = 13.507, df=1, P=.000$ associé à l'intervention HF
	Forchuck et al. (2008) (London, Canada)	Projet "no fixed address" vs traitement habituel (référence aux services sociaux pour hébergement) (ERC) (n=14)	Hébergement stable ou non (6 mois)	Adultes n'ayant pas d'adresse à leur sortie de l'hôpital avec un diagnostic de trouble psychiatrique sévère	Augmentation de la stabilité en hébergement (instrument développé pour le Community University Research Alliance) (nGT=7, vs nTAU=1 $p<0,0001$)	Aucune donnée	Aucune donnée	Aucune donnée	Aucune donnée	Aucune donnée
	McHugo et al. (2004) (Washington É.-U.)	Hébergement intégré (HI) aux services en santé mentale vs hébergement régulier (dans la communauté) (ERC) (n=121)	Stabilité en hébergement (18 mois)	Adultes instables en hébergement et atteints d'un trouble psychiatrique sévère depuis au moins 2 ans.	Augmentation de la stabilité en hébergement (5,99, 0,51, $p<0,05$)	Diminution de l'itinérance fonctionnelle associée à HI (RFB) (RFB) ((6,07, -0,52; $p<0,05$)	Moins de symptômes psychiatriques (CSI) à 18 mois ($f = 11.94$, $p< 0,01$)	pas de différence statistiquement significative dans le nombre de jours passés en établissement institutionnel	Aucune différence entre les groupes (nombre de jours d'utilisation de drogue ou d'alcool)	Pas de différence entre les groupes mesurée avec le Treatment Services Review (TSR)
	Tsemberis et al. (2003) (New-York É.-U.)	Project Pathway vs traitement habituel (centre de jour "drop-in" pour itinérants) (ERC) (n=225)	Itinérance (6 mois)	Adultes itinérants chroniques (depuis > 6 mois) diagnostiqués avec un trouble psychiatrique sérieux et persistant (DSM IV-TR)	Augmentation de la stabilité en hébergement (79% vs 27%, $p < 0,001$) (RFB)	Diminution de l'itinérance (RFB) à 6 mois. (5% vs 40% ($p=0,004$ respectivement.)	Aucune différence significative mesurée par le CSI	Aucune donnée	Aucune différence significative mesurée avec le TLFB	Aucune donnée
	Clark et Rich (2003) (Tampa, Floride É.-U.)	Hébergement intégré avec case management vs programme de case management seul (ERC) (n=152)	Stabilité en hébergement, itinérance fonctionnelle (12 mois)	Adultes itinérants ou à participants risque d'itinérance souffrant d'un trouble psychiatrique sévère	Augmentation de la stabilité en hébergement (40 vs 28 à 6 mois et 40 vs 24 à 12 mois ($p<0,004$)) (RFB)	Diminution de l'itinérance fonctionnelle (35 vs 50 à 6 mois et 33 vs 54 à 12 mois ($p=0,001$)) (RFB)	Pas de différence entre GT et GC (modified colorado symptom index)	Aucune donnée	Aucune différence significative mesurée avec le TLFB	Aucune donnée

Tableau 2 : Interventions s'intéressant aux adultes itinérants souffrant d'un trouble de santé mentale sévère. (partie 2)

	auteurs	Intervention	Issue(s) principale(s) (durée)	Population étudiée	Stabilité en hébergement	Itinérance	Symptômes psychiatriques	évolution fonctionnelle (EF)	Utilisation de drogue	Utilisation des services
SIM	Dixon et al. (1997) (Baltimore E.-U.)	SIM vs traitement usuel (clinique externe de psychiatrie) (ERC) (n=152)	Statut d'hébergement (12 mois)	Adultes itinérants (au moins 5 jours dans les 45 derniers jours), souffrant d'une trouble psychiatrique de l'axe I et ayant déjà été hospitalisé plus de 2 fois et pour plus de 21 jours	Aucune donnée	Pas de différence statistiquement significative entre les deux groupes pour le nombre de jours passés itinérants (dans la rue)	Diminution des symptômes psychiatriques pour le groupe SIM (CSI) à 2(4,1 vs 3, 61; F=11,88, p=0,001), 6 (4,24 vs 3,68; F=15,34, p<0,001) et 12 mois (4,12 vs 3,77; F=5,04, p=0,03)	Aucune donnée	Aucune donnée	Diminution du nombre de jours hospitalisés (35,4 vs 66,9; F= 6,22, p=0,01) et de visites à l'urgence (0,8 vs 2, F=6,96, p=0,009) à 2 ans de suivi pour le groupe SIM vs TH
	Morse et al. (1997) (St-Louis, E.-U.)	SIM vs case management "à la carte" (ERC) (n=165)	Satisfaction des clients (18 mois)	Adultes itinérants ou à risque d'itinérance (vivre dans la rue ou dans les refuges d'urgence au moins 10 jours dans le dernier mois ou 31 jours dans la dernière année) et souffrant d'un trouble psychiatrique de l'axe I (DSM III-R)	Augmentation de la stabilité en hébergement (F=3,54, p<0,032) (nombre de jour, autorapporté)	Aucune donnée	Diminution des troubles de la pensée et du niveau d'activité respectivement (F =3,91, df=2,123, p<.023) (F3.61, df2,123, p<.03) respectivement (Brief Psychiatric Rating scale (BPRS))	Aucune donnée	Aucune différence statistiquement significative mesuré avec le Addiction Severity Index	Augmentation des rencontres avec intervenants (F=3,77, df=2,220, p<0,001)
	Morse et al. (1992), Calsyn et al. (1998) (St-Louis, E.-U.)	SIM vs traitement habituel (clinique externe ou centre de jour pour itinérants)(ERC) (n=178)	Itinérance (12 mois)	Adultes itinérants et souffrant d'un trouble de santé mentale sévère	Aucune donnée	Tendance à la diminution de l'itinérance (jours d'itinérance) (F=4,23, df=2,97, p<0,01)	Aucune différence significative (Brief symptom inventory)	Aucune différence significative (personality and social network adjustment scale, le Barrera's Arizona Social Support Interview Schedule, le Personality and Social Network Adjustment Scale et l'Alienation Scale)	Aucune différence sur quantité et fréquence de consommation d'alcool recueillies avec un formulaire développé par l'institut national d'abus d'alcool et d'alcoolisme	Augmentation de l'utilisation des services communautaires, plus de contact avec intervenants SIM(F=7,51, df=2,78; p<0,001), diminution de l'attrition (x2=6,27;df=2, p<0,04). Augmentation du réseau de professionnel autour du patient (nombre de professionnels) (2,32 RC DS :1,84)
	Korr et Joseph (1996) (Chicago, E.-U.)	Bridge(ERC) : case management avec outreach vs traitement habituel (clinique externes) (ERC) (n=114)	Stabilité en hébergement (6 mois)	Adultes sans domicile fixe et atteint d'une pathologie psychiatrique sévère.	Augmentation du nombre de participants en hébergement stable (75% vs 34,1 à 6 mois p<0,001)),	Aucune donnée	Aucune donnée	Aucune donnée	Aucune donnée	Diminution du nombre de jours hospitalisés (-36,21 vs -20,97 p <0,005)
	Calsyn et al. (2000) (St-Louis, E.-U.)	SIM choisi vs imposé (étude comparative non randomisée) (n=108)	Nombre de contacts avec les intervenants (12 mois)	Adultes itinérants (>7 jours dans les 2 dernières semaines) souffrants de symptômes dépressifs ou psychotiques.	Aucune donnée	Aucune donnée	Aucune donnée	Revenu plus important à 12 mois (F=5,23, * p<.05).	Aucune donnée	Plus de contact avec les intervenant lors que choisi (F = 6.85, p<.01 4,34, p<.05)
	Shern et al. (2000) (New-York, E.-U.)	Choices (SIM) vs traitement habituel (ERC) (n=168)	Utilisation des ressources (24 mois)	Adultes itinérants souffrant d'un trouble psychiatrique sévère	Aucune donnée	Diminution du temps passé dans la rue, plus de facilité à trouver un logement (t=3,02 p<0,01)	Diminution des symptômes dépressifs, anxieux et des troubles de la pensée(CSI) (-0,28 vs 0,04, p=0,007)	Plus de facilité à maintenir une hygiène adéquate (-3,07 p<0,01)	Aucune donnée	Plus de facilité à l'approvisionnement en nourriture, t=2.99, p<0,01, (échelle likert) augmentation de la fréquentation du centre de jour t=4.39 p<0,01)
	Coldwell et al. (2007) (E.-U.)	SIM vs traitement habituel (Métaanalyse) (n=575)	Itinérance (durée variable)	Adultes itinérants, atteints d'une trouble psychiatrique sévère	Aucune donnée	Diminution de l'itinérance de 37% (95% CI= 18%-55%, Z=3.85, p=0.0001)	Diminution des symptômes psychiatriques de 26% (95% CI=7%-44%, Z=2.76, p=0,006)	Aucune donnée	Aucune donnée	Pas de différence statistiquement significative

Tableau 2 : Interventions s'intéressant aux adultes itinérants souffrant d'un trouble de santé mentale sévère. (partie 3)

Critical Time Intervention	Susser et al. (1997) (New York, É.-U.)	Critical Time Intervention vs traitement habituel (hébergement de transition et cliniques externes)(ERC) (n=98)	Nombre de nuits en situation d'itinérance (18 mois)	Adultes instables en hébergement ayant reçu leur congé de l'hôpital pour un trouble psychiatrique sévère	Aucune donnée	Diminution de l'itinérance en général (en jours)(30 vs 91 p=0,003) et diminution de l'itinérance prolongée (nombre de participants) (10 vs 19 p=0,045)	Aucune donnée	Aucune donnée	Aucune donnée	Aucune donnée
	Herman (2011) et Tomita (2012, 2014, 2015) (New-York, É.-U.)	Critical Time Intervention vs traitement usuel (clinique externe) (ERC) (n=150)	Taux de réhospitalisation (9 mois)	Adultes ayant une histoire d'itinérance ou instables en hébergement et souffrant d'un trouble psychotique (DSM IV)	Aucune donnée	Diminution de l'itinérance 9 mois post intervention OR=0,22, 95% CI=.06--.88)	Diminution des symptômes négatifs (F5,7, p<0,02) (CSI)	Augmentation du nombre de contacts familiaux à 9 et 18 mois (β=0,66, p=0,02)(β=0,61, p=0,04) respectivement	Aucune données	Diminution du taux de réhospitalisation, (OR=.11, 95% CI=.01-.96), plus grande facilité perçue à obtenir des soins (β = 0.73, z = 2.45, p = 0.02) (échelle Likert)
Approches intégrées en toxicomanie	Burnham et al. (1996) (Los Angeles, É.-U.)	Services intégrés en toxicomanie avec hébergement, services intégrés en toxicomanie sans hébergement vs services en parallèle (ERC) (n=276)	Utilisation de substance, symptômes psychiatriques et statut d'hébergement (9 mois)	Adultes itinérants (vivant en refuges ou dans la rue durant les derniers 6 mois) atteints d'un trouble psychiatrique sévère et d'abus ou de dépendance de drogue (Diagnostic Interview Schedule)	Aucune donnée	Aucune différence significative mesurée avec le SCL-09 et l'échelle du Psychiatric Epidemiologic Research Interview	Aucune différence significative	Aucune donnée	Diminution de la consommation d'alcool à 3 mois de suivi (différence moyenne 5,2 (p<0,01)). Aucune différence significative pour les autres	Aucune donnée
	Drake et al. (1997) (Washington, É.-U.)	Services intégrés en toxicomanie vs traitement habituel (services parallèles) (étude comparative non-randomisée) (n=217)	Stabilité en hébergement, utilisation de substances (18 mois)	Adultes itinérants durant les 3 derniers mois (vivant dans un refuge ou dans la rue) et ayant été hospitalisé et n'ayant pas d'adresse, atteint d'un trouble psychiatrique sévère et d'abus ou de dépendance.	Augmentation de la stabilité en hébergement (F=6,15, p<0,05) (Personal History Form)	Aucune donnée	Aucune différence significative (BPRS)	Aucune donnée	Diminution de la consommation d'alcool chez ceux ayant un TLU à l'admission (F=5,36, p<0,05). Aucune différence significative pour l'utilisation de drogues. (Addiction Severity Index, vérifié avec clinicien traitant)	Diminution du nombre de jours hospitalisés (F=6,82, p<0,01) (Treatment service interview)
Approches de case management intensif et LD	Stergiopoulos et al. (2015) Canada, multisite	Case management intensif ET approche Logement d'abord (dans le cadre du projet chez-soi) vs traitement usuel (n=1198)	Stabilité en hébergement (24 mois)	Adultes itinérants ou instables en hébergement et atteints d'un trouble psychiatrique (Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI))	Augmentation de la stabilité en hébergement (p<0,001), valeur variable selon les sites: entre 62,7 jusqu'à 77,2% contre 29,7 à 31,8% pour le TH	Aucune donnée	Aucune différence significative	aucune différence quant à la qualité de vie mesurée par l'EQ-5D	aucune différence statistiquement significative	aucune différence statistiquement significative
	Hurlburt 1996, San Diego, É.-U.	Case management intensif + subvention au logement, case management intensif sans subvention, subvention seule, traitement usuel (n=362)	temps avant d'atteindre la stabilité en hébergement	adultes itinérants (vivant dans la rue) ou à risque de l'être (sans adresse fixe).	8,4x plus de chance d'être stable en hébergement (p<0,01) lorsque le traitement inclut un support au logement	Aucune donnée	aucune donnée	aucune donnée	aucune donnée	aucune donnée

Tableau 3 : Comparaison des différents services en psychiatrie

	Cliniques externes de psychiatrie	UPT/JAP	ÉQUIP SOL
Références	Post-Hospitalisation ou médecin de famille/autre médecin	UPT : Cliniques psychiatriques de 2e ligne, services spécialisés en dépendance JAP : Urgence, organismes communautaires, médecin (omnipraticien, psychiatre) ou les proches	Organismes communautaires et urgence
Intensité du suivi externe/	1 fois par mois à 2 fois par années	1 à 2 fois par semaine	1 à 5 fois/semaine (parfois 2 fois par jour)
Durée épisode soins	variable	UPT : 6 à 24 mois/JAP 3 à 5 ans	1 à 2 ans, parfois plus
Collaborations habituelles avec organismes communautaires	Indirecte, par téléphone le plus souvent, parfois rencontres conjointes	Ponctuelles, pour rencontres spécifiques	Présences régulières dans les organismes, liens personnalisés avec organismes, formations données par ES, discussions de cas, réunions mensuelles avec les partenaires
Outreach	Peu fréquent	Moins de 25 %	50 % du temps
Principale cible d'intervention	Viser et maintenir la stabilité de l'état mental et fonctionnement	UPT : Stabilisation de la toxicomanie et du trouble de santé mentale JAP : Rémission psychose et réadaptation notamment vocationnelle	Stabilisation de l'hébergement, réduction de la consommation ou de ses conséquences, améliorer accès services santé, régler problèmes sociaux et légaux souvent liés à l'itinérance
Ratio patient : intervenant	80-100 : 1	25 à 30 : 1	10 à 15 : 1
Continuité des services interne — externe	Non	Oui	Oui