

Premier épisode psychotique et trouble de l'usage de substance concomitants : revue narrative des meilleures pratiques et pistes d'approches adaptées pour l'évaluation et le suivi

Clairéline Ouellet-Plamondon^a

Amal Abdel-Baki^b

Didier Jutras-Aswad^c

RÉSUMÉ Objectifs Environ la moitié des jeunes adultes atteints de psychose débutante présentent aussi des troubles de l'usage de substance (TUS). Les impacts de la persistance des TUS sont importants et affectent négativement le pronostic symptomatique et fonctionnel, de même que la prise en charge des jeunes après un premier épisode psychotique (PEP). Cet article vise à identifier et à synthétiser les approches thérapeutiques les mieux démontrées comme utiles pour le traitement des jeunes adultes atteints de trouble concomitant (PEP et TUS) et de présenter des pistes d'approches pratiques et adaptées pour l'évaluation et le suivi des personnes avec PEP et TUS concomitants.

-
- a. Professeure agrégée de clinique, Département de psychiatrie et d'addictologie, Université de Montréal — Chercheure, Centre de recherche du CHUM, Montréal – Clinique Jeunes adultes psychotiques (JAP) et Unité de psychiatrie des toxicomanies (UPT) du Centre hospitalier de l'Université de Montréal.
 - b. Professeure titulaire, Département de psychiatrie et d'addictologie, Université de Montréal — Chercheure, Centre de recherche du CHUM, Montréal – Chef du Service de santé mentale jeunesse et de la Clinique JAP du Centre hospitalier de l'Université de Montréal.
 - c. Professeur agrégé, Département de psychiatrie et d'addictologie, Université de Montréal — Chercheur, Centre de recherche du CHUM, Montréal – Chef du département de psychiatrie du CHUM, Montréal.

Méthode Revue narrative de la littérature portant sur le traitement des jeunes adultes présentant un trouble concomitant (PEP et TUS).

Résultats Plusieurs recherches démontrent l'utilité des programmes pour PEP (PPEP) dans la prise en charge des TUS avec une diminution d'environ 50% des TUS au cours de la première année de suivi. Diverses interventions thérapeutiques ont été étudiées, mais aucune n'a démontré de supériorité substantielle à long terme par rapport au traitement standard offert dans les PPEP. Les études présentent par ailleurs plusieurs limites méthodologiques. À ce jour, les guides de pratique suggèrent d'offrir un traitement adapté et intégré de la psychose et des TUS et recommandent l'utilisation de diverses approches comme le suivi par intervenant pivot (*case management*), l'évaluation détaillée et la rétroaction quant aux TUS, à la psychose et à leur interinfluence, la réduction des méfaits, l'entretien motivationnel, la thérapie cognitivo-comportementale et la pharmacothérapie. Il est proposé ici d'ajuster le traitement de façon proactive pour tenir compte de la sévérité des troubles, de leurs impacts sur les différentes dimensions de l'évolution de la psychose, du stade développemental du jeune et de son stade de changement face à un TUS.

Conclusion Les données sur les meilleures pratiques dans le traitement des troubles concomitants PEP-TUS sont relativement limitées. Certaines approches semblent avoir le potentiel d'améliorer l'évolution clinique des jeunes vivant avec de telles conditions, surtout si elles sont adaptées à cette population. Par ailleurs, des travaux de recherche et des innovations dans la prise en charge des troubles concomitants doivent se poursuivre afin d'avoir davantage de données probantes et d'offrir des soins mieux adaptés aux jeunes adultes atteints de psychose avec TUS.

MOTS CLÉS premier épisode psychotique, intervention précoce, trouble de l'usage de substance, toxicomanie, trouble concomitant, traitement

First Episode Psychosis and Substance Use Disorder: Narrative Review of Best Practices and Adapted Approaches for Assessment and Monitoring

ABSTRACT Objectives About half of young adults with early psychosis also have substance use disorders (SUD). For young adults with first episode psychosis (FEP), the persistence of SUD negatively impacts the symptomatic and functional outcome as well as the management of the problems. This article aims to identify and synthesize the best therapeutic approaches for the treatment of young adults with concurrent disorders (FEP and SUD) and to present avenues for practical and adapted approaches for the assessment and follow-up of people with concurrent FEP and SUD.

Method Narrative literature review on the treatment of young adults with concurrent disorder (FEP and SUD).

Results Several studies demonstrate the usefulness of early intervention for psychosis services (EIS) in the management of SUD with approximately 50% decrease in SUD during the first year of follow-up. A variety of therapeutic interventions have been studied, but none have demonstrated substantial long-term superiority over the standard treatment offered in EIS. The studies also have several methodological limitations. To date, clinical guidelines suggest offering an adapted and integrated treatment for psychosis and SUD and recommend the use of various approaches such as case management, comprehensive assessment and feedback on SUD and psychosis as well as their interplay, harm reduction interventions, motivational interviewing, cognitive behavioural therapy, and pharmacotherapy. It is proposed here to proactively adjust the treatment to consider the severity of the disorders, their impact on the various dimensions of psychosis outcomes, the developmental stage of the young person and his or her stage of change with respect to substance use.

Conclusion Data on best practice in the treatment of concurrent PEP-SUD disorders are relatively limited. Some approaches appear to have the potential to improve the clinical course of young people living with such conditions, especially if they are adapted to this population. Furthermore, research and innovations in the management of concurrent disorders must continue to offer better adapted care to young adults with early psychosis and SUD.

KEYWORDS first episode psychosis, early intervention, substance use disorder, addiction, concurrent disorder, treatment

1. Introduction

L'intervention précoce pour la psychose offre des services adaptés pour les jeunes adultes atteints de psychose débutante. Elle permet d'améliorer l'évolution de ces jeunes tant au plan symptomatique que fonctionnel. Toutefois, la prise en charge de ceux atteints de premier épisode psychotique (PEP) et de trouble de l'usage de substances (TUS) concomitants représente un plus grand défi. Ce trouble concomitant est très prévalent (30 à 70 %) à l'admission dans les programmes d'intervention pour premiers épisodes psychotiques (PPEP). Par exemple, dans une étude prospective longitudinale réalisée à Montréal (Canada) auprès de 212 jeunes suivis en PPEP, 59 % présentaient un TUS à l'admission : 43 % au cannabis, 19 % à l'alcool, 15 % aux amphétamines et 7 % à la cocaïne. Parmi ceux-ci, plus de 20 % présentaient plus d'un TUS (Abdel-Baki et coll., 2017).

Cette cooccurrence s'accompagne de défis diagnostiques pour déterminer s'il s'agit d'un trouble psychotique induit versus un trouble

primaire en comorbidité avec un TUS (Ouellet-Plamondon et coll., 2019a). Ces défis sont souvent à l'origine de délais de diagnostic et d'initiation de traitement efficace requis. Ceci allonge, par le fait même, la durée de psychose non traitée qui a un impact négatif sur le pronostic de cette condition (Penttilä et coll., 2013). Les TUS ont par ailleurs en soi des impacts majeurs sur l'évolution de la psychose : davantage de symptômes positifs (Abdel-Baki et coll., 2017 ; Addington J et Addington D., 2007 ; Harrison et coll., 2008 ; Wade et coll., 2007), de symptômes dépressifs (Harrison et coll., 2008), d'hospitalisations (Abdel-Baki et coll., 2017), de rechutes psychotiques (Malla et coll., 2008 ; Alvarez-Jimenez et coll., 2012), ainsi qu'un moins bon fonctionnement social et occupationnel (Wade et coll., 2007 ; Abdel-Baki et coll., 2017). En plus des conséquences négatives au plan individuel, les TUS et la psychose (schizophrénie principalement étudiée) représentent un coût sociétal élevé lié aux soins de santé requis tels les hospitalisations, les visites à l'urgence et le suivi médical, à la perte de productivité, à la difficulté du maintien en emploi et aux problèmes judiciaires secondaires (Canadian Substances Use Cost and Harm, 2014 ; Chong et coll., 2016).

L'objectif de cet article est d'identifier et de synthétiser les approches thérapeutiques les mieux démontrées pour le traitement des jeunes adultes atteints de trouble concomitant (PEP et TUS) et de présenter des pistes d'approches pratiques et adaptées pour l'évaluation et le suivi des personnes avec PEP et TUS concomitants.

2. Méthode

Revue narrative de la littérature portant sur le traitement des jeunes adultes présentant un trouble concomitant (PEP et TUS). Les articles inclus ont été identifiés à partir de la base de données informatisée *Pubmed* en utilisant les mots clés suivants : ([early psychosis] OR [first episode psychosis]) AND ([concurrent disorder] OR [substance use disorder] OR [substance abuse] OR [dual disorder] OR [addiction]) AND ([detection] OR [early detection] OR [intervention] OR [early intervention] OR [treatment]) ainsi que de recherches supplémentaires dans les bibliographies des articles sélectionnés. La recherche a été faite en novembre 2021 et les articles retenus ont été publiés en français ou en anglais et portent spécifiquement sur le traitement des troubles concomitants (PEP et TUS). Les auteurs ayant une connaissance approfondie dans le domaine ont complété la recherche par des guides de

pratique abordant le PEP et le TUS qui n'avaient pas été identifiés par la stratégie de recherche décrite.

3. Résultats

Des 1924 études identifiées par le moteur de recherche, il y avait des guides de pratique (25), des revues systématiques (105) et des études randomisées contrôlées (ÉRC) à visée thérapeutiques (137).

Les titres et résumés ont été révisés puis les articles pertinents ont été lus et inclus dans cet article. Le nombre de revues systématiques (N = 1), d'études (N = 13) et de guides (N = 4) s'adressant spécifiquement au traitement des PEP avec cooccurrence de TUS était de 18 documents au total. Une revue systématique portant sur le traitement pharmacologique *per os* du trouble concomitant (TUS et trouble psychotique [non spécifiquement PEP]), a été incluse puisqu'aucune étude ne traitait de ce sujet spécifiquement dans la population avec trouble concomitant PEP et TUS. Trois guides de pratique sur les troubles psychotiques ont aussi été inclus, comme certaines portions étaient pertinentes portant sur les PEP et/ou sur le trouble concomitant (psychose et TUS). Deux guides de pratique, abordant le PEP et le TUS qui n'avaient pas été identifiés par la stratégie de recherche décrite mais connus des auteurs, ont été ajoutés (SAMHSA, 2019; ministère de la Santé et des Services sociaux, 2017).

Meilleures pratiques pour le trouble concomitant PEP et TUS

3.1 Résultats des études portant sur les interventions psychosociales pour la comorbidité PEP-TUS

Les évidences quant à la supériorité en termes d'efficacité d'interventions spécifiques ciblant l'usage de substances auprès des PEP sont dans l'ensemble faibles. Une revue systématique portant spécifiquement sur l'évolution et le traitement du TUS chez les personnes présentant un PEP examine les études publiées entre 1990 et 2009 (Wisdom et coll., 2011). Elle rapporte que les PPEP sans programme spécialisé pour le TUS (9 études longitudinales sans groupe contrôle) démontrent une diminution d'environ 50 % de l'usage de substances, souvent dans les semaines ou les mois suivant le début du traitement. Par ailleurs, elle identifie 5 études se penchant sur des programmes spécialisés visant le TUS au sein de PPEP : aucune n'a démontré de supériorité en

termes d'abstinence ou de réduction de la consommation par rapport au traitement régulier offert en PPEP (voir tableau 1: Addington et Addington, 2007; Carr et coll., 2009; Edwards et coll., 2006; Gleeson et coll., 2009; Kavanagh et coll. 2004).

D'autres études ont également été effectuées sur des populations présentant une psychose émergente avec TUS traités dans un PPEP (voir tableau 1). Deux études ont démontré une supériorité des interventions spécifiques pour le TUS à 6 mois, mais des limitations méthodologiques limitent la généralisation d'une de ces études (Kemp et coll., 2007). Quant à la seconde étude, malgré une réduction de la consommation de cannabis et une plus grande confiance en la capacité de modifier les habitudes de consommation à 3 et 6 mois, elle n'a pas démontré un effet soutenu 6 mois après l'intervention (Bonsack et coll. 2011). L'usage de thérapie cognitivo-comportementale (TCC) et d'entretien motivationnel n'a pas démontré de supériorité dans 4 études randomisées contrôlées (ÉCR), tant sur l'amélioration fonctionnelle que la réduction d'usage de substances (Barrowclough et coll., 2014; Cather et coll., 2018; Hjorthoj et coll., 2013; Madigan et coll., 2013). Par ailleurs, une ÉRC comparant le traitement habituel PPEP versus PPEP avec l'ajout d'un traitement par contingence n'a pas démontré de supériorité de l'intervention (Johnson et coll., 2019). Finalement, une étude a évalué l'impact de l'ajout d'une sous-équipe spécialisée pour les jeunes en situation d'itinérance, présentant une comorbidité PEP et TUS à même le PPEP. À 2 ans de suivi, on note un avantage en termes de rapidité à retrouver une stabilité en hébergement et moins de jours d'hospitalisation tandis qu'il n'y a pas de différence attribuable aux interventions quant aux facteurs liés à l'usage de substances (Doré-Gauthier et coll., 2020).

TABLEAU 1

Études sur des programmes spécialisés visant le TUS au sein de PPEP

Étude	Type et durée de l'étude	Participants	Type et durée des interventions	Substances étudiées	Issue et mesures	Résultats	Commentaires
Barrowclough et coll. (2014)	ÉRC 18 mois	N = 110 Groupe intervention brève N = 38, groupe intervention longue N = 37, groupe contrôle TH N = 35	EM+TCC 3 groupes: Intervention brève (EM+TCC) de 12 sessions sur 4,5 mois + TH PPEP vs intervention longue (EM+TCC) de 24 sessions sur 9 mois + TH PPEP vs TH PPEP (groupe contrôle)	Cannabis	Issue principale : fréquence et quantité de cannabis consommé, mesuré par le <i>timeline follow back</i> (TLFB) Issues secondaires : symptômes, fonctionnement, hospitalisation, rechute.	Pas de différence significative entre les groupes. Pas de corrélation entre le nombre de sessions faites et le résultat.	La médiane de complétion des sessions offertes est de 50 % 20 % ont complété 2 sessions ou moins pour l'intervention brève et pour l'intervention longue Complétion de l'étude 62,9 % (gr. TH), 68,4 % (interv. brève) 75,7 % (interv. longue)
Bonsack et coll. (2011)	ÉRC 12 mois	N = 62 Groupe intervention N = 32, groupe contrôle TH N = 30	Intervention motivationnelle brève de 4 à 6 sessions (2 sessions à 1 semaine d'intervalle suivi de 2 à 4 booster sessions sur 6 mois) + TH, VS Traitement habituel (TH) TH intégrant intervenant pivot, intervention précoce et au besoin, une équipe mobile	Cannabis (avoir consommé 3 joints ou plus par semaine au cours du dernier mois)	Issue primaire : réduction de l'usage de cannabis Issues secondaires : réduction des symptômes psychotiques, des jours d'hospitalisation et de la motivation à changer face au cannabis	Les participants au groupe TH + intervention motivationnelle ont davantage diminué le nombre de joints par semaine et augmenté leur confiance à cesser le cannabis à 3 et 6 mois comparativement au TH, mais les avantages par rapport au TH n'étaient pas maintenus à 12 mois de suivi après le début de l'étude	A 12 mois, les 2 groupes avaient alors diminué de façon comparable leur usage tandis qu'il n'y avait aucune différence en termes de symptômes (PANSS), de fonctionnement (SOFAS, GAF), d'hospitalisation ou de motivation à changer son usage de cannabis
Cather et coll. (2018)	ÉRC 2 ans	N = 404 Groupe NAVIGATE N = 223 De ce groupe, N = 44 ont participé à au moins 1 module sur l'usage de substance Groupe TH traitement psychiatrique communautaire N = 181	EM+TCC Étude RAISE comparant le TH psychiatrique communautaire (groupe contrôle) au programme NAVIGATE : PPEP offrant 1) pour tous les PEP : de l'éducation individuelle et pour les familles lors de laquelle l'usage de substances est abordé comme facteur de risque de rechute et 2) pour les PEP avec TUS : des modules individualisés avec de l'éducation et des stratégies motivationnelles et comportementales	Alcool et drogue, alcool et cannabis les plus prévalents	Jour d'usage de substances par mois	Pas de différence entre les groupes	Moyenne 5,5 sessions à au moins un module sur l'usage de substance (N = 44)

Gleeson et coll. (2009)	ERC 6 mois	N = 82 Groupe TCC N = 41, groupe contrôle TH N = 41 Jeunes (15 à 25 ans) en rémission des symptômes positifs de leur PEP	TCC individuelle et familiale pour la prévention de la rechute (prévenir un deuxième épisode psychotique) + traitement habituel (TH) PPEP vs TH du PPEP La thérapie avait 5 étapes se déroulant sur 7 mois.	À l'admission : 20% TUS- alcool, 42% TUS-cannabis, 7,4% TUS- opioïdes, 3,7% TUS — cocaïne, 14,8% TUS- hallucinogènes, 18,5% TUS- amphétamines. Répartis équita- blement entre les 2 groupes.	Issue primaire prévention de la rechute psycho- tique Issue secondaire: Usage de subs- tances : échelles: AUDIT, SDS, WHO ASSIST.	À la fin de l'inter- vention, pas eu de différence significative entre les groupes en termes d'usage de substances.	La thérapie n'était pas spécifique pour le TUS mais l'usage de substances était abordé comme facteur de risque de rechute psy- chotique et était une issue secondaire de l'étude. Il y avait un module spécifique sur l'abus de substances quand cela concernait le jeune.
Hjorthoj et coll. (2013)	ERC 6 mois	N = 103 Groupe CAP- OPUS N = 52, groupe contrôle TH PPEP N = 51	EM+TCC CAP-OPUS : (EM+TCC) offre de 1-2 sessions/sem le 1 ^{er} mois puis 1 session/sem pour 5 mois + PPEP vs TH PPEP	Cannabis	Issue primaire : nombre de jours d'usage de cannabis dans le mois précé- dent (TLFB)	CAP-OPUS: pas de réduction de l'usage de cannabis, mais possiblement de la quantité	
Johnson et coll. (2019)	ERC 18 mois	N=530 Groupe inter- vention N = 278, groupe contrôle N = 273	PPEP + traitement par contin- gence (intervention manuali- sée de psychoéducation pour le message de cannabis, 12 sessions hebdomadaires) vs TH PPEP	Cannabis	Issue primaire : temps avant une rechute psycho- tique Issue secondaire : efficacité clinique et rentabilité, usage de cannabis	Pas de supériorité pour le délai avant une rechute psychotique nécessitant une hospitalisation et pour l'usage de cannabis	Les jeunes recevaient une carte cadeau hebdoma- daire pour l'abstinen- ce au cannabis, 12 sessions hebdomadaires avec dépistage urinaire (5 livres sterling la 1 ^{re} semaine, avec augmentation de 5 livres toutes les 2 semaines si demeure négatif, gain maximal total 240 livres).
Kemp et coll. (2007)	ERC 6 mois	N = 16 groupe interven- tion + TH (N = 10) vs groupe TH (N = 6) TH = (Prevention, Early intervention and recovery service (PEIRS))	Intervention TCC brève de 6 mois (4 à 6 sessions) TH = PEIRS, programme com- munitaire pour les jeunes avec diagnostic de psychose et de TUS	Alcool et drogues	Quantité et fré- quence d'usage Échelles : DAST-10, AUDIT, PANSS, SES, WHOQLS-brief	Réduction de la fréquence d'usage de l'alcool et du cannabis plus marqué pour le groupe intervention + TH que pour le TH	Les groupes n'étaient pas similaires au début de l'étude (p. ex. la quantité de cannabis consommé était 3 à 4 fois plus importante dans le groupe TH vs groupe intervention
Madigan et coll. (2013)	ERC 1 an	N = 88 Groupe inter- vention N = 59, groupe contrôle TH PPEP N = 29 Age 18-65 ans ; âge moyen 27 -28 ans.	EM+TCC Intervention psychologique de groupe (EM+TCC) + PPEP vs TH PPEP Intervention = 1 groupe/ sem pendant 12 semaines + 1 booster session à 6 mois	Cannabis	Issue primaire : usage de cannabis (fréquence des 30 derniers jours, échelle (ASI)) Issues secondaires : symptômes (SAPS, SANS, CDS5), fonc- tionnement global (GAF), autocritique (BS), attitude face au traitement (DAL- 30) et qualité de vie (WHOQOL, BREF)	Aucun changement sauf amélioration subjective de la qualité de vie pour groupe intervention	Données analysées à 1 an : groupe intervention N = 32, groupe TH N = 19

Edwards et coll. (2006)	ECR à simple insu 6 mois	N = 47 Jeunes qui n'avaient pas cessé leur usage de cannabis 10 semaines après la stabilisation clinique initiale. Groupe intervention TCCN = 23, groupe contrôle N = 24	Thérapie cognitivo-comportementale (TCC) individualisée visant spécifiquement la réduction de l'usage de cannabis chez les PEP (10 sessions hebdomadaires pour 3 mois avec un appel téléphonique à 3 mois à la suite de la fin de la thérapie) Le groupe contrôle recevait 10 sessions d'éducation individuelle concernant la nature de la psychose, la médication et les autres traitements, la prévention de la rechute et le stigma.	Cannabis (la moitié avait un trouble d'usage, les autres un usage seulement)	Nombre de jours avec usage de cannabis/mois, fréquence d'usage de cannabis, index de sévérité du cannabis Échelles : SCID, Cannabis use assessment and substance schedule (CASUAS), Readiness to change questionnaire, cannabis (RTCQ-C), BPRS, SANS, BDI-SF, SOFAS, KAPQ, SURS	À 6 mois posttraitement les 2 groupes ont diminué leur usage de cannabis. Pas de différence entre les groupes en termes d'usage de cannabis, de psychopathologie et de fonctionnement.	
Kavanagh et coll. (2004)	Étude pilote de type ECR Patients hospitalisés *Non-PPEP 12 mois Répartition était randomisée et l'évaluateur final était «aveugle» quant au traitement reçu	N = 25 dont N = 17 (68%) PEP (les 8 autres ont trouble psychotique chronique) Groupe intervention N = 13 (N = 8 qui a reçu le traitement), groupe contrôle THN = 12 Les groupes n'étaient pas similaires (p. ex. pour le groupe traitement, 69% vivaient avec un membre de la famille ou un conjoint vs 17% pour groupe contrôle TH).	Intervention spécifique pour le TUS lors d'hospitalisation (individuel, manualisé, total de 3 heures sur 6 à 9 sessions sur 7 à 10 jours utilisant l'entretien motivationnel et des stratégies d'adaptation et de résolution de problèmes) + TH versus TH (pharmacothérapie, programme de l'hospitalisation régulier et au congé, suivi par intervenant pivot ou en pratique générale). Si la personne avait son congé de l'hôpital avant la fin, les sessions se poursuivaient en externe. Des appels téléphoniques de suivi pendant les 4 semaines suivantes pour un total de 30 minutes complétaient le programme.	Alcool et drogues (considéré plus problématique par participants) : N = 10 (40%) cannabis, N = 7 (28%) alcool, N = 4 (16%) amphétamines, N = 2 (8%) inhalant, N = 2 (8%) cigarettes	Usage de substances Échelles AUDIT, SDS, BPRS, Drug Check (quantité, fréquence au cours des 3 derniers mois + liste de 13 problèmes mesurant l'impact fonctionnel), CIDI-Auto.	Les 2 groupes ont démontré une diminution de l'usage de substances et cela davantage dans le groupe traitement	Perte au suivi environ > 50% : N = 6 dans chaque groupe à la fin de l'étude (vs 12 et 13 au début). Difficile d'engager les personnes dans le traitement proposé (61% d'acceptation de participation à la recherche et 38% du groupe traitement a participé qu'à l'engagement initial).
Doré-Gauthier et coll. (2020)	Étude longitudinale avec groupe contrôle historique 2 ans	N = 50 Groupe EQUIP SOL N = 24 Groupe contrôle cohorte historique TH PPEP N = 26	L'ajout d'une sous-équipe, EQUIP SOL spécialisée offrant un suivi plus intensif de proximité pour les jeunes en situation d'itinérance, présentant une comorbidité PEP et TUS + TH PPEP versus cohorte historique de jeunes en situation d'itinérance avec PEP et TUS ayant reçu TH PPEP (traitement intégré pour le TUS)	Alcool et drogues	Issue primaire : réduction du délai de sortie l'itinérance/stabilité en hébergement Issues secondaires : consommation substances, fonctionnement, sévérité psychose	Avantage en termes de rapidité à retrouver une stabilité en hébergement et moins de jours d'hospitalisation avec EQUIP SOL tandis qu'il n'y a pas de différence attribuable aux interventions quant aux facteurs liés à l'usage de substances	EQUIP SOL : intensité d'intervention et flexibilité accrues, interventions de proximité dans la communauté notamment auprès des organismes communautaires partenaires (travaillant entre autres en itinérance et toxicomanie), soutien pour le maintien en hébergement et plus grande aisance avec l'approche de réduction des méfaits par les intervenants

<p>Addington et Addington (2007)</p>	<p>Étude longitudinale ouverte, sans groupe contrôle Durée de 2 ans Programme PPEP de 3 ans, mais l'intervention spécifique à l'étude débute après 1 an de suivi dans le PPEP</p>	<p>N = 66 avec TUS persistant à 1 an (groupe à l'étude) VS à l'admission TUS N = 105 Cohorte ayant complété l'étude à l'admission et à 1 an N = 203 sur 300 admis au programme. N = 143 ayant complété l'étude à 3 ans</p>	<p>Groupe manualisé de 9 à 10 sessions offert aux personnes qui n'avaient pas cessé de consommer 1 an après leur entrée au PPEP</p>	<p>Alcool et drogues À l'admission: 51,7 % d'abus ou dépendance aux substances vs 32,5 % à 1 an de suivi Les substances utilisées à l'admission étaient l'alcool (35 %), le cannabis (33 %) et d'autres drogues (10 %).</p>	<p>Prévalence du TUS à 1 (préintervention), 2 et 3 ans (post-intervention) de suivi et ses impacts Échelle TUS: <i>Case Manager Rating Scale</i>: évalue l'usage de substance de l'année passée (absent; léger, modéré, sévère, extrêmement sévère)</p>	<p>À 2 et 3 ans de suivi, la prévalence de TUS restait la même qu'à 1 an. 1, 2, 3 ans: Alcool: 20 % — 18 % — 18 % Cannabis: 16 % — 7 % — 7 %</p>	<p>Le traitement habituel PPEP (TH) cible entre autres l'usage de substances dès l'admission puis tout au long du programme de 3 ans. Il utilise diverses interventions psychosociales dont l'intervenant pivot est le principal acteur.</p>
<p>Carr et coll. (2009)</p>	<p>Étude longitudinale prospective sans groupe contrôle 18 mois</p>	<p>Cohorte totale N = 243 N = 86 avec TUS à l'admission. Âge moyen 25,1 ans (critère d'inclusion au PPEP: 16-50 ans)</p>	<p>Le TH consiste à l'éducation sur l'usage de substances à travers les interventions offertes par l'intervenant pivot et le psychiatre et lors des groupes éducatifs offerts à tous les jeunes. 6 % des jeunes (N = 15) ont participé à un groupe éducatif supplémentaire sur les TUS de 10 sessions spécifiquement (jeune référé par équipe clinique).</p>	<p>Alcool et drogues À l'admission: Alcool (N = 8) Alcool et cannabis (N = 17) Cannabis (N = 52) Autre (N = 9): amphétamine N = 1, opiacés N = 3, alcool et opiacés N = 1, cocaïne N = 2, cannabis et hallucinogène N = 2)</p>	<p>Réduction du mésusage de substances. Echelles AUDIT, DAST regardant les 3 derniers mois.</p>	<p>Réduction à 3 mois maintenue à 18 mois. Le taux de diminution d'usage n'était pas supérieur à celui des études publiées antérieurement sans traitement spécifique au TUS.</p>	

EM: entretien motivationnel; TCC: thérapie cognitivo-comportementale; TH: traitement habituel.

3.2 Résultats des études portant sur la pharmacothérapie pour la comorbidité PEP-TUS et la comorbidité trouble psychotique et TUS

Dans une étude naturalistique de suivi longitudinal de 3 ans d'une cohorte incluant tous les jeunes présentant un PEP avec TUS suivis par 2 PPEP (N = 237), la médication antipsychotique intramusculaire longue action a démontré réduire le risque de rechute et de réhospitalisation et augmenter le délai avant celles-ci (Abdel-Baki et coll., 2020).

Une revue systématique et méta-analyse de 19 ÉCR (27 références, incluant 1742 participants, nombre de participants médian par étude : 30 [4-643]) porte sur la médication antipsychotique (*per os*) pour les personnes atteintes de schizophrénie (pas spécifiquement des jeunes présentant un PEP) et de TUS. Les types de TUS étaient le TUS-cannabis (8 études), le TUS-cocaïne (6 études), le TUS-alcool (2 études), l'usage de substance non spécifié pour personne avec trouble psychotique induit par le cannabis (2 études) et le trouble psychotique induit par les amphétamines (1 étude). L'antipsychotique prescrit n'avait pas d'influence significative quant au nombre de personnes qui consomment (issue primaire, 4 études chacune avec moins de 50 participants ; olanzapine vs risperidone ; olanzapine vs haloperidol ; aripiprazole vs perphenazine). En ce qui concerne la réduction de l'usage de substance (issue secondaire), 2 études n'ont pas trouvé de différence entre différents antipsychotiques (clozapine vs ziprazidone ; olanzapine vs risperidone) et 1 étude a démontré que la clozapine était supérieure au groupe « autres antipsychotiques ». La risperidone diminuait davantage le besoin impérieux de consommer du cannabis que l'olanzapine (issue secondaire, 1 étude). Les autres issues secondaires étaient le changement des symptômes de la maladie psychotique, les abandons, la qualité de vie, le fonctionnement social et les effets secondaires. Les auteurs soulignent qu'il est difficile de tirer des conclusions fermes puisque les études portent sur des petits échantillons, sont parfois peu détaillées (plusieurs études sont des sous-analyses d'études de plus grande envergure telle CATIE) et que le risque de biais est élevé par exemple, 74 % ne détaillent pas la procédure de randomisation et il manque souvent de l'information sur les données et le processus de sélection (Krause et coll., 2019).

3.3 Les guides de pratique pour le trouble concomitant PEP et TUS

Interventions intégrées pour le TUS et le PEP

L'intervention offerte par les PPEP, qui semble bénéfique pour diminuer les TUS, comprend diverses composantes : le *case management* offert par les intervenants pivots comme pierre angulaire du suivi (EPPIC, 2001), le suivi psychiatrique incluant la médication à faible dose, les interventions de groupe, la TCC pour la psychose, le support à l'emploi et aux études ainsi que les interventions familiales incluant du soutien et de l'éducation aux familles. (Addington et Addington, 2001; Bertulies-Esposito et coll., 2019; Bertulies-Esposito et coll., 2022; Early Psychosis Guidelines Writing Group and EPPIC National Support Program, 2016; ministère de la Santé et des Services sociaux, 2017). L'éducation psychologique sur la psychose et sur le rétablissement (modèle vulnérabilité – stress – facteurs de protection) offerte par les PPEP suggère d'éviter l'usage d'alcool et de drogues, ces derniers étant identifiés parmi les facteurs de risque de rechute psychotique.

S'appuyant sur les résultats prometteurs du traitement intégré auprès des personnes ayant un trouble de santé mentale sévère et persistant concomitant à un TUS (Drake et coll., 1998), plusieurs guides de pratique d'intervention précoce pour la psychose recommandent d'intégrer les soins pour le TUS et la psychose dans leur programme, par l'inclusion d'une expertise en traitement des TUS au sein même des PPEP et, au besoin par des collaborations étroites avec un service d'addictologie (Early Psychosis Guidelines Writing Group and EPPIC National Support Program, 2016; ministère de la Santé et des Services sociaux, 2017; Substance Abuse and Mental Health Services Administration: First-Episode Psychosis and Co-Occurring Substance Use Disorders, 2019).

On suggère que les interventions limitées dans le temps (quelques semaines à quelques mois) soient d'abord considérées avant l'essai de traitements plus longs, puisque ceux-ci n'ont pas été démontrés supérieurs, tel que décrit dans la section précédente (Substance Abuse and Mental Health Services Administration: First-Episode Psychosis and Co-Occurring Substance Use Disorders, 2019). L'ajout de l'approche par contingence, du support par les pairs et des approches familiales sont à considérer pour améliorer l'efficacité des interventions (Substance Abuse and Mental Health Services Administration: First-Episode Psychosis and Co-Occurring Substance Use Disorders, 2019).

On souligne l'importance de prendre en compte différents facteurs lors des interventions pour les jeunes présentant un PEP et un TUS : l'âge

et le stade développemental, les circonstances ayant mené au traitement, l'usage répandu de substances auprès des pairs et les difficultés cognitives secondaires à l'usage de substances. On mentionne d'avoir une attention particulière aux familles de ces jeunes, car la détresse et le fardeau associés à la cooccurrence des troubles et leurs conséquences peuvent nécessiter une attention supplémentaire (Early Psychosis Guidelines Writing Group and EPPIC National Support Program, 2016).

Composantes de l'intervention intégrée

Aucune étude ne s'est penchée sur l'identification des composantes spécifiques du traitement offert par les PPEP reliées à la diminution de l'usage de substances observée. Différentes modalités, utiles pour les TUS sans trouble concomitant, sont suggérées dans les guides de pratiques comme des ingrédients à privilégier.

TABLEAU 2

Composantes à privilégier dans la prise en charge des TUS concomitants à la psychose débutante

Utiliser l'approche avec intervenant pivot (<i>case management</i>) ⁴
Faire une évaluation initiale détaillée du TUS, de la psychose et leur interinfluence ^{2,3} Évaluation et surveillance de l'usage de substances, de façon intégrée au traitement PPEP ⁵
Offrir une rétroaction à la suite de l'évaluation sur la sévérité du TUS et de ses impacts ^{1,3} . Elle peut être thérapeutique en soi et est une occasion d'éducation psychologique sur les risques pour la santé physique et mentale de l'usage de substances, entre autres, en expliquant le lien entre un usage régulier de substances psychoactives et un mauvais pronostic pour la psychose, la santé en général ou le fonctionnement social.
Utiliser une approche de réduction des méfaits ^{1,2} .
Intégrer les traitements psychologiques ayant le plus d'évidence tels l'entretien motivationnel et la thérapie cognitivo-comportementale ^{1,4} avec des interventions visant les habitudes de vie ⁴ . Pour les jeunes qui ne réduisent pas leur usage avec le traitement habituel (TH) offert par les PPEP, des interventions ciblant l'usage de substances devraient être offertes ² . Toutefois, on souligne qu'aucune étude rigoureuse n'a clairement démontré la supériorité d'une intervention spécifique chez les jeunes présentant un PEP par rapport au TH qui inclue l'éducation psychologique sur la psychose et l'utilisation de substances ^{1,2} .
Utiliser, au besoin, les interventions pharmacologiques durant certaines phases comme pour la détoxification aiguë ou la gestion des envies (<i>craving</i>) et du sevrage ^{3,4} par exemple, utiliser les benzodiazépines pour prévenir les complications de sevrage à l'alcool.
Offrir les traitements basés sur les évidences pour les deux conditions, avec un avantage à combiner le traitement antipsychotique et les interventions psychosociales ciblant le TUS ⁵ .
Lorsque la consommation demeure présente et dangereuse, considérer l'admission involontaire à l'hôpital et/ou la référence dans des services de réadaptation pour le TUS à long terme. ⁴
Les interventions adressant le TUS devraient être offertes de façon à être sensible aux aspects culturels ⁶

1- Early Psychosis Guidelines Writing Group and EPPIC National Support Program, 2016;

2- Substance Abuse and Mental Health Services Administration: First-Episode Psychosis and Co-Occurring Substance Use Disorders, 2019; 3- National Institute for Health and Care Excellence (NICE), 2014; 4- Galletly et coll., 2016; 5- Crockford et Addington, 2017; 6- Lo et coll., 2016.

3.4 La pharmacothérapie du TUS pour les personnes avec trouble psychotique et TUS concomitant (pas spécifiquement PEP)

Dans le guide de pratique de l'Association de psychopharmacologie britannique portant sur la médication pour la schizophrénie (Barnes et coll., 2020), on recommande d'utiliser la médication démontrée efficace pour chaque TUS soit: varenicline, bupropion ou thérapie de remplacement nicotinique pour le TUS-nicotine; naltrexone ou acamposate pour le TUS-alcool; traitements agonistes aux opioïdes pour le TUS-opioïdes. Pour le cannabis, la cocaïne et les autres stimulants, il n'y a pas de médication démontrée efficace. Finalement, la prescription de médication stimulante pour le trouble déficit d'attention avec hyperactivité n'est pas recommandée chez les personnes avec troubles concomitants psychose et TUS (Galletly et coll., 2016).

3.5 Psychose induite par les substances

Comme le risque de trouble psychotique (schizophrénie et psychoses apparentées ou trouble bipolaire) est élevé après un diagnostic de trouble psychotique induit par les substances (Starzer et coll., 2018), on recommande de référer la personne à un PPEP et à un intervenant spécialisé en TUS dans un tel cas (Galletly et coll., 2016). Les lignes directrices canadiennes pour la schizophrénie et les psychoses apparentées avec cooccurrence d'un TUS (Crockford et Addington, 2017) recommandent de traiter un trouble induit par les substances comme un trouble psychotique primaire avec l'instauration d'une médication antipsychotique pour 12 à 18 mois en visant la plus petite dose efficace, en tenant compte des avantages escomptés par rapport aux risques et aux effets secondaires. Par ailleurs, on suggère que l'arrêt de la médication antipsychotique ne se fasse que sous supervision médicale (Galletly et coll., 2016).

4. Discussion

Notre revue de littérature sur le traitement des troubles concomitants (PEP et TUS) rapporte que seulement 2 études sur des interventions psychosociales spécifiques ont démontré un effet à court terme de la réduction de l'usage de substances supérieur au traitement habituel PPEP et qu'aucune étude n'a démontré d'effet maintenu dans le temps. Au niveau pharmacologique une étude a démontré la supériorité des antipsychotiques à action prolongée pour prévenir les rechutes psychotiques et les réhospitalisations chez cette population. Quant aux

guides de pratique, ils soulignent l'importance du traitement intégré des 2 troubles et proposent d'utiliser le *case management*, l'évaluation approfondie suivie d'une rétroaction sur les 2 troubles et leur interaction, la réduction des méfaits ainsi que les interventions psychologiques ayant le plus d'évidence (EM, TCC) combinées au traitement antipsychotique avec, au besoin, un traitement spécifique pour le TUS. Ils proposent également d'adapter les interventions à la phase développementale, de tenir compte des troubles cognitifs et de l'impact sur les familles.

4.1 Limites

Cette revue narrative de la littérature retrace les données les plus probantes, mais il est possible que des études novatrices ou en cours n'aient pas été incluses par notre méthode de recherche. La méthode utilisée (revue narrative) comporte ses limites. Les articles parus en anglais et français seulement sont inclus.

Malgré les nombreuses études répertoriées, le niveau de preuve demeure faible. Plusieurs limites méthodologiques sont présentes telles les petites tailles d'échantillons limitant la puissance statistique et les populations variant d'une étude à l'autre (p. ex. certaines études incluent un mélange de personnes présentant un usage au cannabis et un TUS-cannabis alors que d'autres études se concentrent sur les individus avec un TUS [une ou plusieurs substances confondues]; certaines études n'incluent que les personnes dont le TUS persiste après 12 mois de suivi alors que d'autres incluent les individus peu importe la durée de la persistance du TUS; plusieurs études ne tiennent pas compte du stade de changement des jeunes ou les incluent même s'ils ne sont pas prêts à changer leurs habitudes). Aussi, les groupes contrôle reçoivent souvent une intervention efficace pour la réduction du TUS déjà très intensive et bonifiée (programmation PPEP qui malgré les lignes directrices claires, peut varier d'un endroit à l'autre). Par ailleurs, l'intensité et la durée des interventions varient d'une étude à l'autre de même que la durée des études et le type d'intervention psychosociale évaluée. De plus, la plupart des études ne concernent que le cannabis. Plusieurs études ne semblent pas tenir compte de l'interaction entre les multiples TUS souvent présents chez un même individu (Abdel-Baki et coll., 2017). Il est possible que les jeunes avec trouble concomitant se divisent en sous-groupes avec des capacités cognitives et des besoins différents, qui varient selon les substances utilisées et la sévérité des troubles, ce qui pourrait influencer la réponse au traitement, notamment aux approches psychothérapeutiques.

4.2 Pistes d'approches pratiques et adaptées pour l'évaluation et le suivi des personnes avec PEP et TUS concomitants

Vu le niveau d'évidence limité, nous proposons ci-après des pistes d'approches pratiques et adaptées pour l'évaluation et le suivi des personnes avec PEP et TUS concomitants appuyées sur la littérature, incluant les guides de pratique résumés ci-haut, et sur notre expérience clinique s'échelonnant sur 10-20 ans auprès de cette clientèle. L'évaluation et la prise en charge des personnes ayant un trouble concomitant est complexe. On ne peut pas prétendre pouvoir généraliser ces recommandations, car certaines circonstances et populations particulières peuvent avoir des besoins spécifiques différents, mais nous proposons des façons d'intervenir qui peuvent faciliter le travail du clinicien au quotidien. Nous tenons à souligner l'importance d'être sensible dans notre approche aux aspects d'équité, de diversité et d'inclusion qui, quoiqu'extrêmement importants, dépassent l'objectif de cet article et n'ont pas été abordés.

4.2.1 Détection et évaluation des troubles concomitants

Pour favoriser l'accès aux services, l'évaluation du trouble concomitant devrait être possible dans les services pour TUS autant que dans ceux dédiés à la santé mentale (Crockford et Addington, 2017). Il apparaît important de sensibiliser et d'informer sur la nature et les conséquences des 2 troubles les différents acteurs pouvant rencontrer et évaluer des jeunes avec PEP et TUS : les infirmières et les médecins œuvrant à l'urgence, les intervenants des ressources communautaires pour jeunes, du réseau de l'itinérance et des services en dépendances, ainsi que les professionnels de la santé.

Une évaluation détaillée de l'historique de la consommation de substances et de l'usage actuel permet d'avoir un portrait du type de consommateur et d'élaborer des interventions thérapeutiques personnalisées. On documente les prédispositions héréditaires et les substances utilisées (présentes et passées, incluant le tabac) et les habitudes entourant la consommation : le mode d'usage (ingéré, fumé, intranasal, injecté), la quantité, la fréquence, le contexte (p. ex. seul ou accompagné), l'heure de la première prise de la journée, les essais d'arrêt (durée, sevrage, support reçu ou non, raison/contexte de rechute), les raisons de consommation, etc.

Il est utile de faire un questionnaire exhaustif des différentes substances psychoactives, car les jeunes peuvent oublier ou ne pas penser

de mentionner certaines substances et détails pertinents. Par exemple, pour le cannabis, on s'intéresse au pourcentage de THC et de CBD et à la provenance, légale ou non. Il ne faut pas oublier l'usage de la caféine (café, boissons énergisantes), souvent banalisé, mais qui peut avoir un impact clinique notable en générant insomnie, anxiété ou symptômes hypomaniaques. Les dépendances comportementales comme les jeux d'argent et de hasard et l'usage problématique d'Internet doivent également être explorés étant donné la concomitance fréquente des différents troubles du contrôle des impulsions. Leur impact clinique peut entretenir une situation de très grande précarité et d'isolement, nuisant à son tour à la santé mentale du jeune.

L'analyse clinique doit comprendre les risques qui peuvent être associés à la consommation : infections transmissibles sexuellement et par le sang, comportements à risque tels le partage de matériel de consommation (incluant pipes et pailles), prostitution, exploitation sexuelle, violence, abus, méfaits pour obtenir de la consommation (vol, vente de substances, etc.), conduite avec facultés affaiblies et traumatismes.

Les symptômes liés au sevrage sont importants à questionner. D'une part, des complications importantes (p. ex. convulsion, délirium) sont parfois associées au sevrage de certaines substances (alcool, benzodiazépines, GHB). D'autre part, les symptômes de sevrage sont une raison fréquente de poursuivre l'usage et une cause majeure de rechute dans la consommation de substances (Boggs et coll., 2013). La personne, quoiqu'elle ne reconnaisse pas toujours le TUS, reconnaît généralement l'inconfort lié au sevrage. Cela peut être un point de départ vers un changement. La gestion du sevrage sévère peut dépasser les compétences du PPEP. Dans ce cas, il est bien de référer le jeune à une équipe spécialisée en toxicomanie tout en maintenant le suivi PPEP intégré.

L'évaluation des troubles concomitants se poursuit généralement de façon évolutive dans le temps, cela implique de tolérer l'ambiguïté diagnostique. Une approche évaluative méticuleuse, mais flexible, avec un questionnaire attentif de la chronologie de la consommation, des symptômes psychiatriques et du lien avec l'usage de substances et l'observation des symptômes dans le temps aident à préciser le(s) diagnostic(s), en évitant les a priori ou la recette unique qui ne correspondent pas à la multitude de présentations cliniques. Une proportion significative des troubles psychotiques diagnostiqués comme « induits » à l'urgence va finalement évoluer vers un trouble primaire (spectre de la schizophrénie, trouble bipolaire) dans près de 50 % des cas pour

le cannabis, 30 % pour les amphétamines et 20 % pour la cocaïne ou l'alcool (Starzer et coll., 2018). Il faut donc rester vigilant face au trouble psychotique induit qui peut en fait, bien souvent, être la première manifestation d'un trouble psychotique primaire.

Le consortium canadien d'intervention précoce pour la psychose a élaboré un formulaire d'ordonnances standardisées sur le cannabis et le premier épisode psychotique facilement accessible via leur site internet. Il peut être utile pour les cliniciens pour approcher le trouble concomitant de façon systématique.

4.2.2 *Engagement au suivi*

L'expérience que le jeune a du système de santé et des services sociaux influencera son désir d'y avoir recours, ou non, pour avoir de l'aide. Une réponse rapide, un accueil sans rendez-vous ou un rendez-vous offert très rapidement avec une attitude empathique, chaleureuse, sans préjugé, renforçant la démarche actuelle de venir chercher des services, sont des plus utiles.

Puisque ces jeunes sont souvent instables, peuvent avoir des troubles cognitifs liés à la psychose et à la toxicomanie, de la difficulté à se soucier de leur santé et une autocritique altérée, il est utile pour les intervenants pivots d'avoir recours au travail de proximité à l'extérieur de la clinique et d'être flexibles en début de suivi afin de mettre en place une collaboration qui permettra d'établir un cadre thérapeutique clair. Il faut prévoir rappeler les rendez-vous, relancer en cas d'absence par divers moyens entendus à l'avance avec le jeune et prévoir les rendez-vous, autant que possible, à des moments qui faciliteront l'assiduité (p. ex. éviter les matins pour le jeune qui se réveille tard). Les rencontres à jour et heure fixes peuvent aider à l'assiduité de ceux ayant des difficultés de mémoire et d'organisation. Idéalement, il est suggéré de ne pas fermer le dossier lorsqu'il y a un absentéisme répété, ou du moins prévoir un processus administratif simple pour reprendre le suivi sans délai lorsque le jeune reprend contact. Il est fréquent que les jeunes se présentent à nouveau après des mois d'absence et qu'à ce moment-là ils soient plus motivés pour un suivi, souvent dans une période de crise.

Par ailleurs, la technologie prend une place importante dans la vie des jeunes, il faut tenter d'adapter nos approches pour les rejoindre par les moyens qu'ils utilisent (correspondance par messages texte ou courriel, partage de ressources via le web). L'intégration de la télé-médecine, sans se substituer entièrement au suivi en personne, peut

avoir plusieurs avantages: favoriser l'observance au suivi, le maintien du contact en cas d'horaire difficile à arrimer, de déplacement ou d'éloignement temporaire (Lal et coll., 2020). De plus, elle peut faciliter la mise en place d'un traitement intégré avec des rencontres conjointes avec des partenaires d'autres organismes et de rencontrer des familles difficiles à rejoindre autrement.

Aider le jeune à renforcer les liens ou à renouer avec ses proches significatifs permettra au jeune d'avoir un réseau de support plus solide. La possibilité d'engager les proches dans le suivi peut également favoriser l'engagement du jeune.

Avoir des objectifs communs est la pierre angulaire du succès d'un suivi. Pour certains jeunes, la motivation au suivi débute par des objectifs concrets qui ne sont pas directement reliés à leurs troubles, mais qui en découlent. Le rôle de l'intervenant pivot est central pour utiliser ces opportunités pour créer une alliance et débiter la collaboration (p. ex. voir vignette 1 et 2 de l'encadré 1).

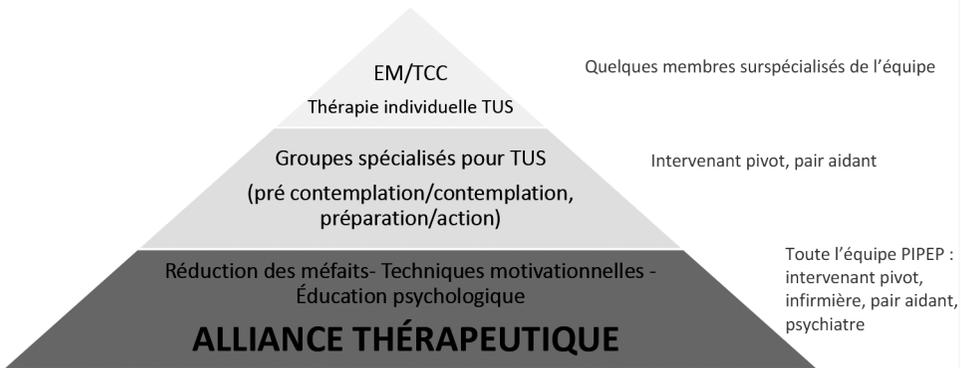
Pour engager l'individu dans une démarche axée sur le rétablissement, on discute des répercussions de poursuivre l'usage de substances sur les objectifs de la personne (Substance Abuse and Mental Health Services Administration: First-Episode Psychosis and Co-Occurring Substance Use Disorders, 2019). Un changement des objectifs de vie a une influence sur l'usage de substances. Dans une étude, on notait que la santé, les revenus et la famille prenaient plus d'importance avec le temps et étaient les principales raisons pour réduire ou arrêter l'usage (Lobbana et coll., 2010). Ainsi, lors du suivi, on vise à créer une alliance thérapeutique et on s'intéresse aux raisons qui poussent la personne à consommer. On tentera de l'aider à élaborer un projet significatif valorisant ses forces et son sentiment d'efficacité personnelle, à revoir ses priorités et à explorer ce qu'elle souhaite dans la vie. On tente de l'amener à voir les bénéfices de se fixer des objectifs à plus long terme par rapport à rechercher de la gratification ou du soulagement immédiat via la consommation.

Il est important de prendre en compte le stade développemental des jeunes adultes (Ouellet-Plamondon et coll., 2012). La consommation peut être une occasion et un prétexte de socialisation, particulièrement pour certains jeunes ayant des troubles cognitifs et des difficultés au niveau des habiletés sociales. Apprendre à mettre ses limites représente souvent un enjeu de taille.

4.2.3 Offrir un traitement intégré et individualisé aux jeunes avec PEP et TUS

Accompagner les jeunes adultes ayant un PEP et un TUS dans leur rétablissement demeure un défi, et ce, tant pour permettre l'accès aux soins, l'évaluation, la précision du diagnostic que l'engagement au suivi. Cela demande beaucoup d'adaptation, de flexibilité, de tolérance, de patience, d'espoir et de persévérance pour les équipes soignantes, mais aussi pour les jeunes et leurs proches. La sévérité des troubles, tant psychotiques que d'usage de substances, et le stade de changement face à la consommation (précontemplation, contemplation, préparation, action, maintien, rechute [Prochaska et DiClemente, 1984]) sont 2 éléments clés à considérer pour adapter les interventions afin que celles-ci aient du sens pour la personne. Il est fréquent de devoir naviguer d'un stade de changement à l'autre rapidement (pour un exemple, voir encadré 1, vignette 3). La figure 1 détaille les diverses étapes du traitement en tenant compte du stade de changement et la figure 2 résume les différentes composantes du traitement à considérer. Le tout est illustré par des vignettes cliniques dans l'encadré 1 qui présentent des jeunes dont la sévérité des troubles et le stade de changement diffèrent, et dont les interventions sont adaptées en conséquence.

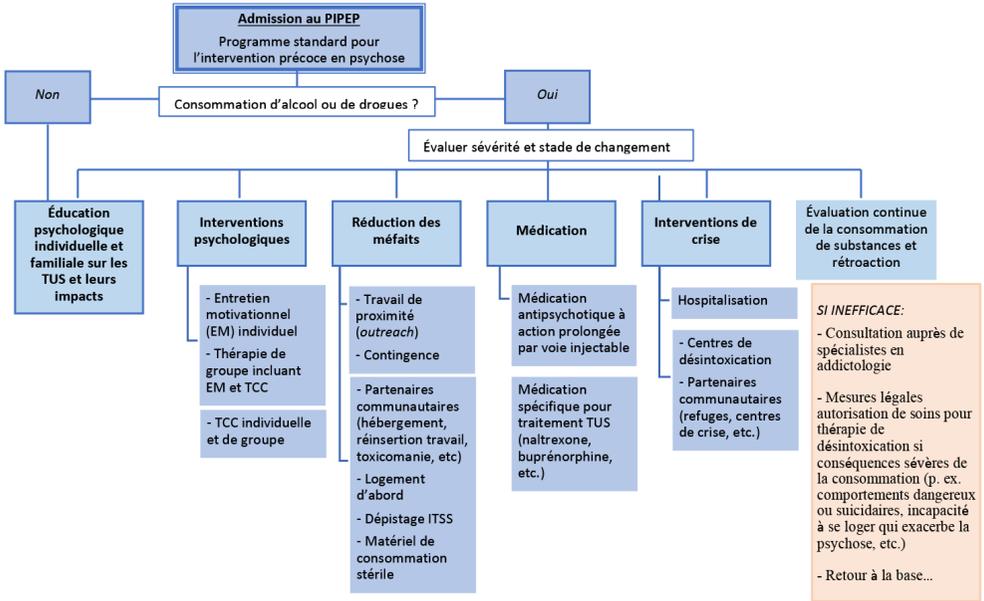
FIGURE 1
Interventions par étapes pour les personnes présentant PEP et TUS concomitants



EM: entretien motivationnel; TCC: thérapie cognitivo-comportementale; TUS: trouble de l'usage de substances

FIGURE 2

Les différentes composantes du traitement des troubles concomitants (PEP et TUS) suggérées par quelques études et/ou guides de pratique (adapté de Ouellet-Plamondon et coll., 2019b)



Pour le volet psychothérapeutique, on préconise les interventions psychologiques avec le plus d'évidence, soit les interventions motivationnelles et cognitivo-comportementales. Les interventions familiales sont également utiles, permettant d'agir au niveau systémique et de mobiliser le soutien et les forces de l'entourage. Celles-ci ont démontré un impact significatif pour les personnes avec trouble mental sévère et persistant et TUS (Mueser et coll., 2013). Il faut parfois aider la famille à mettre ses limites et à revoir ses attentes quant à l'évolution du TUS, souvent lente et non linéaire. Au-delà de la nature même des interventions, il s'avère utile d'adapter à chacun le moment où elles sont déployées, la façon dont elles sont administrées et combinées, par exemple en s'assurant que l'intervention est acceptable sur le plan de la littératie de la personne et de son état cognitif.

Quoique la majorité des études aient ciblé la réduction ou l'abstinence de consommation, une proportion significative de jeunes avec PEP n'ont pas cet objectif, du moins dans un premier temps (voir encadré 1, vignettes 1, 2 et 4). La réduction des méfaits est particulièrement utile

pour les jeunes avec un TUS sévère peu motivés au changement. Elle vise la prévention d'une détérioration au niveau de la santé physique et mentale et une réduction des risques graves liés à la consommation. Il s'agit de s'occuper de ce qui est prioritaire en fonction de la pyramide des besoins. Cela implique d'ajuster les objectifs de rétablissement par exemple, viser à modifier les modalités d'usage de substances plutôt que de viser la diminution ou l'arrêt, diminuer la sévérité des symptômes au lieu de leur disparition complète, améliorer la qualité de vie en comblant les besoins de base, tenter de ré-affilier le jeune avec des personnes significatives, contrer l'isolement, la solitude le vide, etc. Par exemple, pour un jeune qui consomme du cannabis, on lui suggère d'utiliser des produits du cannabis de «faible puissance», (dont la teneur en THC est plus faible ou dont le ratio en CBD/THC est élevé) et de s'abstenir de consommer fréquemment (quotidiennement ou presque tous les jours) ou intensivement (consommation par excès) (Fisher et coll., 2021) tandis que pour un jeune qui consomme des opioïdes, s'injecte ou utilise des substances dont il ne connaît pas le contenu, vu le risque que des opioïdes (p. ex. fentanyl) soient présents dans la substance consommée, on s'assurera qu'il connaît les risques liés aux surdoses et qu'il possède un dispositif d'administration de naloxone. Pour un jeune qui consomme diverses substances, les risques liés au mode d'usage, à la dépendance, au mélange de substances et au sevrage sont abordés.

ENCADRÉ 1

Vignettes cliniques

Vignette 1

Mathieu 22 ans, présente un PEP et un TUS-cannabis sévère. Il habite chez ses parents et n'a pas d'occupation mis à part rencontrer quelques amis avec qui il consomme et joue aux jeux vidéo. Il ne souhaite pas modifier sa consommation et est difficile à mobiliser alors qu'il y a 2 ans, il réussissait bien au cégep.

On s'assurera d'offrir de l'éducation psychologique adaptée sur les interactions entre cannabis et psychose tant à Mathieu qu'à ses parents et on les impliquera dans le suivi avec des rencontres régulières, si le jeune accepte. On tentera de faire venir Mathieu à la clinique pour son suivi individuel et on lui proposera de participer à un groupe pour les jeunes qui souffrent de psychose et qui sont au stade de précontemplation quant à leur TUS. Les interventions psychologiques seront principalement de type motivationnel en tentant de faire émerger une discordance entre le mode de vie actuel et le projet de vie (ou son ébauche). On l'aidera à découvrir des intérêts, à se mettre en action et à se fixer des objectifs au-delà de la consommation. Son intervenant tentera de

créer un lien avec lui par des interventions de proximité en l'accompagnant pour des démarches lorsqu'il démontrera de l'ouverture à entreprendre un projet de loisir, d'études ou de travail. On lui proposera un antipsychotique injectable et s'il souhaite diminuer ou cesser la consommation, une médication temporaire pouvant l'aider à soutenir les symptômes de sevrage telles l'anxiété et l'insomnie, sera proposée.

Vignette 2

Éric 18 ans, présente un PEP avec un TUS-cannabis et TUS-amphétamines sévères. Il n'a pas de réseau social et est itinérant depuis sa sortie des centres jeunesse. Il est très réticent à recevoir de l'aide.

En début du suivi, les interventions se feront probablement davantage dans la communauté et via des organismes communautaires d'hébergement ou pour jeunes en situation d'itinérance. L'approche de réduction des méfaits avec la recherche d'un objectif commun sera centrale. Cela peut débuter par avoir un toit, combler les besoins de base. Cela aide à bâtir l'alliance thérapeutique et permet ensuite d'explorer plus en profondeur la dynamique de consommation. On mettra en place rapidement un plan de gestion de crise qui inclue le recours à l'hospitalisation en cas d'intoxication sévère s'accompagnant de psychose, car Éric se met souvent en danger par exemple, en dansant au milieu des voitures qui circulent, se sentant invincible. On mettra l'emphase sur les substances les plus dommageables pour Éric, sinon les habitudes les plus faciles à modifier pour lui. Par exemple, l'intoxication au cannabis qui l'amène à se lever très tard et à négliger son hygiène sera plus tolérable que l'intoxication aux amphétamines qui a déjà eu pour conséquence une hospitalisation aux soins intensifs médicaux. La médication antipsychotique injectable sera aussi proposée et lorsqu'une médication antipsychotique par la bouche est prescrite, elle sera servie en quantité limitée (éviter les pertes, l'abus et le détournement de médicament).

Vignette 3

Julie, 23 ans, étudie à l'université. Elle vit en appartement autonome et a des contacts réguliers avec sa mère. Avant la psychose, elle consommait du cannabis régulièrement (0,5 à 1g à 23 % de THC et 0 % CBD, 3 à 7 jours par semaine), et de la MDMA à l'occasion, mais décide de tout cesser ayant bien compris, par les groupes d'éducation psychologique et les explications de son psychiatre et de son intervenant, l'impact des drogues sur le risque de rechute. Après quelques mois de stabilité, elle reprend lors d'un party à la fin de la session, de la MDMA, sans impact sur elle. Quelques semaines plus tard, elle en reprend ainsi que du cannabis. Sur 2 à 3 mois, sa consommation de cannabis devient régulière (0,5 à 1g par soir, à 12 % de THC et 10 % CBD) sans être quotidienne. Elle en discute régulièrement avec son intervenant qui utilise des techniques motivationnelles. Julie est embêtée financièrement, car elle n'a pas trouvé d'emploi d'été, tel qu'elle l'avait prévu au départ. En effet, Julie reconnaît qu'elle reporte toujours au lendemain, la motivation n'y étant pas, elle priorise l'usage de cannabis qui la relaxe. Puis, elle reprend de la MDMA les week-ends. À la fin de l'été, les hallucinations

reprennent de plus belle, malgré la médication. Julie fait le lien avec la drogue et souhaite alors travailler avec son intervenant des objectifs et moyens pour réduire et arrêter sa consommation. Pendant quelques mois, l'intervenant utilise des techniques motivationnelles et cognitivo-comportementales. Julie diminue d'abord le cannabis et cesse la MDMA, mais les voix continuent, ce qui la rend suicidaire. Après quelques mois, elle cesse complètement les drogues et les voix disparaissent. Elle est soulagée et motivée à ne pas recommencer, le lien est clair pour elle. L'été suivant, elle tente à nouveau d'en reprendre lors d'un party, puisque tout allait bien depuis plus de 6 mois. Encore une fois, les symptômes de psychose reviennent. Elle comprend ce qui se passe, mais a de la difficulté à changer. Julie se souvient alors que son psychiatre lui avait parlé de la possibilité d'avoir un suivi externe au Centre de réadaptation en dépendance (CRD) qui travaille de façon conjointe avec la clinique; Julie décide de prendre rendez-vous et rencontre alors une professionnelle du CRD qui est en communication avec son intervenant de la clinique pour offrir une complémentarité des services.

Vignette 4

Kevin, 27 ans, consomme quotidiennement 1 à 3 comprimés d'amphétamines, 1 à 8 bières 5 % d'alcool et 1 à 3g de cannabis dont il ne connaît pas la composition, et 20 \$ de crack en début de mois. Ses parents n'ont pas pu le garder après sa première psychose il y a un an, car il a démoli sa chambre faisant ainsi peur à sa sœur de 14 ans. Depuis, il est expulsé à répétition tant des hébergements communautaires que du réseau, car sa consommation le rend agressif, ou encore distrait au point où il a failli mettre le feu en préparant son déjeuner. Malgré la rétroaction, Kevin ne constate pas d'impact négatif de sa consommation. Il participe à son suivi à la clinique, fait en collaboration avec les organismes communautaires qu'il fréquente, mais malgré la prise consécutive de deux anti-psychotiques injectables à action prolongée à dose maximale qu'il a tentée, les hallucinations et les voix menaçantes et mandatoires sont présentes, surtout lorsqu'il consomme amphétamines et crack, mais il refuse d'arrêter. Lors de ses 4 hospitalisations, les délires grandioses s'estompent, mais reviennent de plus belle dès les premières sorties. Cette fois, il a failli se faire frapper par une voiture en traversant l'autoroute et s'est battu sous la direction des « voix » qu'il entend. Constatant l'inaptitude de Kevin, l'impact majeur de la consommation sur sa santé mentale et l'impossibilité d'être logé adéquatement vu ses comportements désorganisés et dangereux pour lui et les autres liés à la consommation, sa psychiatre demande une autorisation de soins et d'hébergement. Les parents de Kevin, toujours impliqués, appuient la requête. Le juge ordonne que Kevin aille en thérapie pour la toxicomanie, à Portage pour 8 mois, tel que recommandé par la psychiatre, et soit ensuite hébergé dans des conditions qui permettent à l'équipe d'introduire et de superviser la clozapine. Un an plus tard, Kevin a terminé sa thérapie résidentielle et vit dans un appartement supervisé du réseau où sa médication est supervisée. Il consomme alcool et cannabis environ 1 à 2 fois par semaine, ne dépasse jamais 1,18 L de bière à 5 % et 0,5g de cannabis à 15%THC et 10% CBD par occasion. Il fait du bénévolat et souhaite trouver un petit boulot à temps partiel, les voix étant maintenant bien contrôlées.

Sur le plan pharmacologique, la prise d'un antipsychotique injectable est à privilégier comme elle favorise l'observance et la stabilité clinique. Il faut être sensible aux interactions possibles entre la médication et la consommation et en aviser le jeune. Par exemple, les stimulants peuvent provoquer et exacerber un trouble du mouvement (Deik et coll., 2012). On peut avoir recours à la clozapine plus précocement en cas d'échec à un antipsychotique, vu les données prometteuses tant pour la psychose que le TUS concomitant. On peut proposer de remettre le pilulier chaque semaine lors d'un rendez-vous régulier au PPEP si le fait d'aller chercher la médication à la pharmacie constitue un obstacle à la prise assidue. Pour la personne trop instable ou désorganisée, prendre la médication devant le pharmacien tous les jours peut également être utile.

Il est particulièrement bénéfique d'avoir un plan d'intervention en cas de crise qui soit connu par tous les membres de l'équipe. Par exemple, il est primordial de savoir quoi faire si un jeune se présente en état d'intoxication sévère, s'il se montre menaçant ou s'il présente un potentiel d'agressivité ou de suicidalité. On sera particulièrement vigilant en cas de comportements antérieurs agressifs contre soi-même ou autrui. La violence ne doit pas être tolérée, car lorsque l'on a peur, on perd notre capacité réflexive et les interventions risquent d'être inefficaces, voire délétères. Il est important de mettre une balise claire à cet effet dès le début du suivi. Pour l'intoxication, l'approche est personnalisée, la tolérance dépendra de son impact sur le jeune et du cadre de traitement. Par exemple, pour un jeune itinérant qui vient enfin à un rendez-vous après plusieurs relances, on tolérera un niveau d'intoxication permettant minimalement la rencontre et le début d'une alliance tandis que pour une personne bien engagée dans le suivi qui se montre intoxiquée et qui met ainsi en échec les objectifs communs établis, on annulera le rendez-vous, de façon empathique, en rappelant l'entente de ne pas être intoxiquée à la prochaine rencontre. Pour plusieurs, la rédaction d'un contrat thérapeutique par écrit, coconstruit avec le jeune, simple, par étapes, clarifiant 1 ou 2 objectifs avec les moyens à prendre pour les atteindre et le plan d'action en cas de bris thérapeutique peut être structurant et faciliter une continuité entre les interventions, qui pourrait autrement être mises à mal par l'instabilité, l'impulsivité et les troubles cognitifs.

Quand il y a de la dangerosité, il arrive que les équipes aient recours à une approche plus encadrante telle que l'hospitalisation ou l'autorisation judiciaire de soins pour le traitement de la psychose et de la

toxicomanie. Cela peut impliquer d'imposer la prise d'un antipsychotique sous forme injectable, de vivre dans un hébergement supervisé sécuritaire et encadrant, ou encore de participer à une thérapie résidentielle pour la toxicomanie (milieu fermé). L'ordonnance d'une thérapie en milieu fermé contre le gré doit être une mesure exceptionnelle de dernier recours et être réservée pour les rares cas où la sécurité et l'intégrité de la personne et/ou de son entourage sont menacées par les conséquences sévères de la comorbidité psychose-TUS (Bertulies-Esposito et coll., 2020).

La plupart de ces recommandations ont été résumées dans un formulaire d'ordonnances standardisées visant à guider l'évaluation et le traitement des personnes présentant une psychose émergente associée à l'utilisation du cannabis, développé par un consensus de psychiatres experts en intervention précoce et en psychiatrie des toxicomanies réunis par le Consortium Canadien d'intervention précoce pour la psychose dont des auteurs du présent article ont fait partie. Il peut être obtenu au <https://ippcanada.org/wp-content/uploads/2021/11/Formulaire-dordonnances-standardisees-sur-le-cannabis-et-la-psychose-precoce-FR.pdf>

Le centre d'expertise et de collaboration en troubles concomitants (<https://ruisss.umontreal.ca/cectc>) est également une ressource intéressante, qui offre entre autres, du soutien-conseil et du télémentorat aux équipes traitantes à travers le Québec.

Conclusion

Travailler avec des jeunes ayant un trouble concomitant comporte plusieurs défis. Les données sur les meilleures pratiques dans le traitement des troubles concomitants PEP-TUS sont relativement limitées. Certaines approches semblent avoir le potentiel d'améliorer l'évolution clinique des jeunes vivant avec de telles conditions, surtout si elles sont adaptées à cette population. Des efforts soutenus doivent être faits pour poursuivre la recherche et l'innovation dans la prise en charge des troubles concomitants, afin d'optimiser et de diversifier les interventions disponibles, et ultimement d'offrir des soins mieux adaptés aux jeunes adultes vivant avec un PEP et un TUS.

RÉFÉRENCES

- Abdel-Baki, A., Ouellet-Plamondon, C., Salvat, É., Grar, K. et Potvin, S. (2017). Symptomatic and functional outcomes of substance use disorder persistence 2 years after admission to a first-episode psychosis program. *Psychiatry Research*, 247, 113-119.
- Abdel-Baki, A., Thibault, D., Medrano, S., Stip, E., Ladouceur, M., Tahir, R. et Potvin, S. (2020). Long-acting antipsychotic medication as first-line treatment of first-episode psychosis with comorbid substance use disorder. *Early Intervention in Psychiatry*, 14, 69-79.
- Addington, J. et Addington, D. (2007). Patterns, predictors and impact of substance use in early psychosis: a longitudinal study. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 115, 304-309.
- Addington J. et Addington D. (2001). Impact of an early psychosis program on substance use. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 25, 60-67.
- Alvarez-Jimenez, M., Priede, A., Hetrick, S.E., Bendall, S., Killakey, E., Parker, A.G., McGorry, P.D. et Gleeson, J.F. (2012). Risk factors for relapse following treatment for first episode psychosis: A systematic review and meta-analysis of longitudinal studies. *Schizophrenia Research*, 116-128.
- Barnes, T.R., Drake, R., Paton, C., Cooper, S.J., Deakin, B., Ferrier, I.N., Gregory, C.J., Haddad, P.M., Howes, O.D., Jones, I., Joyce, E.M., Lewis, S., Lingford-Hughes, A., MacCabe, J.H., Owens, D.C., Patel, M.X., Sinclair, J.M., Stone, J.M., Talbot, P.S., Uptegrove, R., Wieck, A. et Yung, A.R. (2020). Evidence-based guidelines for the pharmacological treatment of schizophrenia: Updated recommendations from the British Association for Psychopharmacology. *J Psychopharmacol*, 34(1), 3-78.
- Barrowclough, C., Marshall, M., Gregg, L., Fitzsimmons, M., Tomenson, B., Warburton, J. et Lobban, F. (2014). A phase-specific psychological therapy for people with problematic cannabis use following a first episode of psychosis: a randomized controlled trial. *Psychological Medicine*, 44(13), 2749-2761.
- Bertulies-Esposito B., Sicotte R., Iyer S.N., Delfosse C., Girard N., Nolin M., Villeneuve M., Conus P. et Abdel-Baki A. (2021). Détection et intervention précoce pour la psychose: Pourquoi et comment? *Santé mentale au Québec*, 46(2), (accepté).
- Bertulies-Esposito, B. et Abdel-Baki, A. (2019). Éléments essentiels pour l'implantation à grande échelle de programmes d'intervention précoce pour premiers épisodes psychotiques en francophonie: l'exemple du Québec. *L'Information psychiatrique*, 95(2), 95-101.
- Bertulies-Esposito, B., Ouellet-Plamondon, C., Jutras-Aswad, D., Gagnon, J. et Abdel-Baki, A. (2020). The Impact of Treatment Orders for Residential Treatment of Comorbid Severe Substance Use Disorders for Youth Suffering from Early Psychosis: a Case Series. *International Journal of Mental Health and Addiction*. 28 May 2020 Online
- Boggs, D.L., Kelly, D.L., Liu, F., Linthicum, J.A., Turner, H., Schroeder, J.R., McMahon, R.P. et Gorelick, D.A. (2013). Cannabis withdrawal in chronic cannabis users with schizophrenia. *J Psychiatr Res*, 47(2), 240-245.

- Bonsack, C., Gibellini, M. S., Favrod, J., Montagrin, Y., Besson, J., Bovet, P. et Conus, P. (2011). Motivational intervention to reduce cannabis use in young people with psychosis: a randomized controlled trial. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 80, 287-297.
- Canadian Substance Use Costs and Harms Scientific Working Group. (2018). *Canadian substance use costs and harms (2007-2014)*. (Prepared by the Canadian Institute for Substance Use Research and the Canadian Centre on Substance Use and Addiction.) Canadian Centre on Substance Use and Addiction.
- Carr, J.A.R., Norman, R.M.G. et Manchanda, R. (2009) Substance misuse over the first 18 months of specialized intervention for first episode psychosis. *Early Intervention in Psychiatry*, 3, 221-225.
- Cather, C., Brunette, M. F., Mueser, K. T., Babbin, S. F., Rosenheck, R., Correll, C. U. et Kalos-Myer, P. (2018). Impact of comprehensive treatment for first episode psychosis on substance use outcomes: A randomized controlled trial. *Psychiatry Research*, 268, 303-311.
- Chong, H.Y., Teoh, S.L., Wu, D.B., Kotirum, S., Chiou, C.F. et Chaiyakunapruk, N. (2016) Global economic burden of schizophrenia: a systematic review. *Neuropsychiatr Dis Treat*, 12, 357-373.
- Crockford, D. et Addington, D. (2017). Canadian Schizophrenia Guidelines: Schizophrenia and Other Psychotic Disorders with Coexisting Substance Use Disorders. *Can J Psychiatry*, 62(9), 624-663.
- Deik, A., Saunders-Pullman, R. et San Luciano, M. (2012). Substances of abuse and movement disorders: complex interactions and comorbidities. *Curr Drug Abuse Rev*, 5(3), 243-253.
- Doré-Gauthier, V., Miron, J.P., Jutras-Aswad, D., Ouellet-Plamondon, C. et Abdel-Baki, A. (2020). Specialized assertive community treatment intervention for homeless youth with first episode psychosis and substance use disorder: A 2-year follow-up study. *Early Interv Psychiatry*, 14(2), 203-210.
- Drake, R.E., Mercer-McFadden, C., Mueser, K.T., McHugo, G.J. et Bond, G.R. (1998), Review of integrated mental health and substance abuse treatment for patients with dual disorders. *Schizophr Bull*, 24(4), 589-608.
- Early Psychosis Guidelines Writing Group and EPPIC National Support Program, Australian Clinical Guidelines for Early Psychosis, 2nd edition update, 2016, Orygen, The National Centre of Excellence in Youth Mental Health.
- Early Psychosis Prevention and Intervention Centre. (2001). *Le case management dans la psychose débutante: un manuel*. (Traduit par P. Conus, A. Maire et A. Polari). Parkville, VIC: Early Psychosis Prevention and Intervention Centre.
- Edwards, J., Elkins, K., Hinton, M., Harrigan, S. M., Donovan, K., Athanasopoulos, O. et McGorry, P. (2006). Randomized controlled trial of a cannabis-focused intervention for young people with first-episode psychosis. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 114, 109-117.
- Fischer, B., Robinson, T., Bullen, C., Curran, V., Jutras-Aswad, D., Medina-Mora, M.E., Pacula, R.L., Rehm, J., Room, R., Brink, W.V.D. et Hall, W. (2021). Lower-Risk Cannabis Use Guidelines (LRCUG) for reducing health harms from non-medical cannabis use: A comprehensive evidence and recommendations update. *Int J Drug Policy*, Aug 28:103381. doi: 10.1016/j.drugpo.2021.103381.

- Galletly, C., Castle, D., Dark, F., Humberstone, V., Jablensky, A., Killackey, E., Kulkarni, J., McGorry, P., Nielssen, O. et Tran, N. (2016). Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists clinical practice guidelines for the management of schizophrenia and related disorders. *Aust N Z J Psychiatry*, 50(5), 410-472.
- Gleeson, J.F., Cotton, S.M., Alvarez-Jimenez, M., Wade, D., Gee, D., Crips., K., Pearce, T., Newman, B., Spiliotacopoulos, D., Castle, D. et McGorry, P. (2009). A randomized controlled trial of relapse prevention therapy for first-episode psychosis patients. *Journal of Clinical Psychiatry*, 70, 477-486.
- Harrison, I., Joyce, E.M., Mutsatsa, S.H., Hutton, S.B., Huddy, V., Kapasi, M. et Barnes, T.R.E. (2008). Naturalistic follow-up of co-morbid substance use in schizophrenia: the West London first-episode study. *Psychol. Med*, 38, 79-88.
- Hjorthoj, C. R., Fohlmann, A., Larsen, A. M., Gluud, C., Arendt, M. et Nordentoft, M. (2013). Specialized psychosocial treatment plus treatment as usual (TH) versus TH for patients with cannabis use disorder and psychosis: the CapOpus randomized trial. *Psychological Medicine*, 43, 1499-1510.
- Johnson, S., Rains, L.S., Marwaha, S., Strang, J., Craig, T., Weaver, T., McCrone, P., King, M., Fowler, D., Piling, S., Marston, L., Omar, R.Z., Craig, M., Spencer, J. et Hinton, M. (2019). A contingency management intervention to reduce cannabis use and time to relapse in early psychosis: the CIRCLE RCT. *Health Technol Assess*, 23(45).
- Kavanagh, D. J., Young, R., White, A., Saunders, J. B., Wallis, J., Shockley, N. et Claire, A. (2004). A brief motivational intervention for substance misuse in recent-onset psychosis. *Drug and Alcohol Review*, 23, 151-155.
- Kemp, R., Harris, A., Vurel, E. et Sitharthan, T. (2007). Stop Using Stuff: trial of a drug and alcohol intervention for young people with comorbid mental illness and drug and alcohol problems. *Australasian Psychiatry*, 15, 490-493.
- Krause, M., Huhn, M., Schneider-Thoma, J., Bighelli, I., Gutmiedl, K. et Leucht, S. (2019). Efficacy, acceptability and tolerability of antipsychotics in patients with schizophrenia and comorbid substance use. A systematic review and meta-analysis. *European Neuropsychopharmacology*, 29, 32-45.
- Lo, T.L., Warden, M., He, Y., Si, T., Kalyanasundaram, S., Thirunavukarasu, M., Amir, N., Hatim, A., Bautista, T., Lee, C., Emsley, R., Olivares, J., Yang, Y.K., Kongsakon, R. et Castle, D. (2016). Recommendations for the optimal care of patients with recent-onset psychosis in the Asia-Pacific region. *Asia Pac Psychiatry*, 8(2), 154-171.
- Lal S., Abdel-Baki A., Sujanani S., Bourbeau F., Sahed I. et Whitehead J. (2020). Perspectives of Young Adults on Receiving Telepsychiatry Services in an Urban Early Intervention Program for First-Episode Psychosis: A Cross-Sectional, Descriptive Survey Study. *Front Psychiatry*, 3(11), 117.
- Lobbana, F., Barrowclough, C., Jeffery, S., Bucci, S., Taylor, K., Mallinson, S. et Marshall, M. (2010). Understanding factors influencing substance use in people with recent onset psychosis: A qualitative study. *Social Science & Medicine*, 70, 1141-1147.
- Madigan, K., Brennan, D., Lawlor, E., Turner, N., Kinsella, A., O'Connor, J. J. et O'Callaghan, E. (2013). A multi-center, randomized controlled trial of a group psychological intervention for psychosis with comorbid cannabis dependence over the early course of illness. *Schizophrenia Research*, 143, 138-142.

- Malla, A., Norman, R., Bechard-Evans, L., Schmitz, N., Manchanda, R. et Cassidy, C. (2008). Factors influencing relapse during a 2-year follow-up of first-episode psychosis in a specialized early intervention service. *Psychol. Med*, 38, 1585-1593.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2017). Cadre de référence : Programmes d'interventions pour premiers épisodes psychotiques (PPEP) (p. 56). Gouvernement du Québec.
- Mueser, K.T., Glynn, S.M., Cather, C., Xie, H., Zarate, R., Smith, L.F., Clark, R.E., Gottlieb, J.D., Wolfe, R. et Feldman, J. (2013). A randomized controlled trial of family intervention for co-occurring substance use and severe psychiatric disorders. *Schizophr Bull*, 39(3), 658-672.
- National Institute for Health and Care Excellence (NICE) (2014). Psychosis and Schizophrenia in Adults: Treatment and Management: Updated Edition 2014. NICE clinical guidelines 178.
- Ouellet-Plamondon C., Dubreucq S., Bérard M., Daneault JG., L'Heureux S., Olivier D., Nicole L. et Abdel-Baki A. (2012). L'intervention précoce pour la psychose... au Québec et à travers le monde. *Le partenaire*, 21(1), 4-8.
- Ouellet-Plamondon, C, Dubreucq, S. et Jutras-Aswad, D. (2019a). Management of psychosis in the context of cannabis use: beyond the chicken or the egg question. *Paediatrics & Child Health*, 25(suppl.1), S5-6.
- Ouellet-Plamondon, C., Huet, A.-S. et Abdel-Baki, A. (2019b). « C'est juste de l'herbe, docteur! »: Comment intervenir auprès des jeunes présentant une psychose émergente et un trouble d'utilisation du cannabis. *Santé Mentale*, 237, 44-51.
- Penttilä, M., Hirvonen, N., Isohanni, M., Jääskeläinen, E. et Miettunen, J. (2013). The association between duration of untreated psychosis (DUP) and long-term outcome in schizophrenia. A systematic review and meta-analysis. *European Psychiatry*, 28(S1):1-1.
- Prevention, E. P. (2001). *Case management in early psychosis: A handbook*. Early Psychosis Prevention and Intervention Centre.
- Prochaska, J.O. et DiClemente, C.C. (1984) The transtheoretical approach: crossing traditional boundaries of therapy. Homewood, IL: Dow Jones-Irwin.
- Starzer, M.S.K., Nordentoft, M. et Hjorthoj, C. (2018). Rates and Predictors of Conversion to Schizophrenia or Bipolar Disorder Following Substance-Induced Psychosis. *Am J Psychiatry*, 175(4), 343-350.
- Substance Abuse and Mental Health Services Administration: First-Episode Psychosis and Co-Occurring Substance Use Disorders. (2019). Publication No. PEP19-PL-Guide-3 Rockville, MD: National Mental Health and Substance Use Policy Laboratory. Substance Abuse and Mental Health Services Administration, 2019.
- Wade, D., Harrigan, S., McGorry, P.D., Burgess, P.M. et Whelan, G. (2007). Impact of severity of substance use disorder on symptomatic and functional outcome in young individuals with first-episode psychosis. *J. Clin. Psychiatry*, 68, 767-774.
- Wisdom, J.P., Manuel, J.I. et Drake, R.E. (2011). Substance use disorder among people with first-episode psychosis: a systematic review of course and treatment. *Psychiatr Serv*, 62(9), 1007-1012.