

Services de santé mentale desservant à la fois les adolescents et les jeunes adultes :

efficacité des modèles de prestation de services de santé mentale et interventions psychosociales spécifiques aux jeunes vivant avec un trouble du spectre bipolaire

Rapport d'ETMIS-SS

**Angela Ly
Gilbert Tremblay
Sylvie Beauchamp**

Unité d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé et en services sociaux

Direction des affaires universitaires, de l'enseignement et de la recherche
Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal

Août 2018
Déposé en Juillet 2017

Un outil d'aide à la décision de l'UETMIS-SS

 Les liens qui nous unissent

Centre intégré
universitaire de santé
et de services sociaux
de l'Ouest-de-
l'Île-de-Montréal

Québec 

Équipe de projet

| | |
|--|--|
| Sylvie Beauchamp, Ph.D. | Chef de l'unité d'évaluation des technologies et modes d'intervention en santé et services sociaux |
| Nicole Campeau B.Sc., M. Sc., M.B.S.I. | Spécialiste en recherche d'informations scientifiques |
| Anne Crocker, Ph.D. | Conseillère scientifique |
| Martine Habra, Ph.D. | Professionnel scientifique Agente de planification, de programmation et de recherche |
| Éric Latimer, Ph.D. | Conseiller scientifique |
| Angéla Ly, M.Sc. | Professionnelle scientifique Agente de planification, de programmation et de recherche |
| Gilbet Tremblay | Professionnel scientifique Agente de planification, de programmation et de recherche |

Divulgence de conflits d'intérêts

Aucun des membres de l'équipe de projet n'a de conflits d'intérêts à signaler.

© CIUSSS de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal

La reproduction partielle ou complète de ce document à des fins non commerciales ou personnelles est permise, à condition d'en citer la source.

Afin de citer ce document :

Ly, Angela; Tremblay, Gilbert A.; Beauchamp, Sylvie. (2018). **Services de santé mentale desservant à la fois les adolescents et les jeunes adultes : efficacité des modèles de prestation de services de santé mentale et interventions psychosociales spécifiques aux jeunes vivant avec un trouble du spectre bipolaire**. Rapport d'ETMIS-SS. Montréal, Qc : CIUSSS de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal, Unité d'évaluation des technologies et des modes d'interventions en santé et services sociaux (UETMIS-SS).

Dépôt légal - Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2018

ISBN : 978-2-550-82095-6

www.ciuuss-ouestmtl.gouv.qc.ca

Remerciements

Le CIUSSS ODIM tient à remercier les membres du comité consultatif pour leur soutien à la réalisation du présent rapport.

| | |
|--|--|
| Annie Beaudin | Paire aidante |
| D ^r Serge Beaulieu, M.D., Ph.D., F.R.C.P.C. | Psychiatre, Chef médical, Continuum des troubles complexes de l'humeur |
| Anne Crocker, Ph.D. | Chercheure, Centre de recherche de l'Institut universitaire en santé mentale Douglas, CIUSSS ODIM |
| D ^{re} Andrée Daigneault, M.D., F.R.C.P.C., D.F.A.P.A. | Psychiatre, Continuum des troubles complexes de l'humeur |
| Tara Flanagan, Ph.D. | Professeur adjoint, Département de psychologie éducationnelle et du counseling, Université McGill |
| Martin Goyette, Ph.D. | Titulaire, Chaire de recherche du Canada sur l'évaluation des actions publiques à l'égard des jeunes et des populations vulnérables (CRÉVAJ) Professeur agrégé, École nationale d'administration publique |
| Srividya Iyer, Ph.D. | Coordonnatrice du Programme d'évaluation, d'intervention et de prévention des psychoses de l'IUSMD Professeur adjoint, Département de psychiatrie, Université McGill |
| D ^r Ridha Joobar, M.D., Ph.D. | Psychiatre chercheur, Directeur adjoint, Programme d'évaluation, d'intervention et de prévention des psychoses de l'IUSMD |
| Éric Latimer, Ph.D. | Chercheur au Centre de recherche de l'Institut universitaire en santé mentale Douglas, CIUSSS ODIM |
| Langis Lemieux, M.Ps. | Coordonnateur, Unité d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé, évaluation et soutien au développement des pratiques cliniques, Institut universitaire en santé mentale de Québec |
| Ina Winkleman, M.A., D.E.S.S. | Coordonnatrice du Continuum des troubles complexes de l'humeur et Continuum des troubles de pédopsychiatrie |

Table des matières

| | |
|--|-----------|
| Préface..... | i |
| Résumé..... | ii |
| Summary | viii |
| Liste des tableaux et figures | xiii |
| Glossaire..... | xiv |
| | |
| 1. Problématique..... | 1 |
| 1.1. Contexte de la demande | 1 |
| 1.2. Innovation dans l'offre de services..... | 1 |
| 1.3. Question décisionnelle | 2 |
| 1.4. L'approche diagnostique par stadification | 3 |
| | |
| 2. Méthode..... | 5 |
| 2.1. Question d'évaluation | 5 |
| 2.2. Éléments <i>PICOTS</i> pour les deux questions d'évaluation | 5 |
| 2.3. Méthode de recherche d'informations scientifiques..... | 6 |
| 2.4. Méthode de sélection des études | 6 |
| 2.5. Méthode d'extraction des données | 6 |
| 2.6. Évaluation de la qualité des études..... | 7 |
| 2.7. Méthodes d'analyse et de synthèse..... | 7 |
| 2.8. Collecte des données contextuelles et expérientielles | 8 |
| 2.9. Élaboration des recommandations | 9 |
| 2.10. Validation scientifique | 10 |
| | |
| 3. Cadre d'analyse | 11 |
| | |
| 4. Question 1 | 13 |
| 4.1. Question d'évaluation et objectif..... | 13 |
| 4.2. Méthodes spécifiques | 14 |
| 4.2.1. Procédure de repérage et de sélection des études..... | 14 |
| 4.2.2. Critères d'inclusion et d'exclusion..... | 15 |
| 4.2.3. Méthodes d'extraction des données..... | 15 |
| 4.2.4. Cadre d'analyse des programmes de santé mentale pour les jeunes | 16 |
| 4.3. Résultats..... | 17 |
| 4.3.1. Qualité des études..... | 19 |

| | |
|---|-----------|
| 4.3.2. Description des effets | 20 |
| 4.3.2.1. Effets des programmes sur l'accès | 20 |
| 4.3.2.2. Effets des programmes sur l'engagement et la continuité..... | 25 |
| 4.3.2.3. Effets des programmes sur le rétablissement | 25 |
| 4.3.2.4. Effets des programmes sur la pertinence vécue et l'acceptabilité..... | 33 |
| 4.4. Synthèse des données scientifiques | 40 |
| 5. Question 2 | 47 |
| 5.1. Question d'évaluation et objectif | 47 |
| 5.2. Qu'est-ce qu'un trouble bipolaire ? | 47 |
| 5.3. Méthodes spécifiques | 49 |
| 5.3.1. Procédure de repérage et de sélection des études | 49 |
| 5.3.2. Critères d'inclusion et d'exclusion | 50 |
| 5.3.3. Méthodes d'extraction des données | 50 |
| 5.4. Résultats | 50 |
| 5.4.1. Les revues systématiques | 53 |
| 5.4.2. Description des interventions psychosociales | 54 |
| 5.4.2.1. La psychoéducation | 55 |
| 5.4.2.2. La thérapie interpersonnelle avec aménagement des rythmes sociaux | 55 |
| 5.4.2.3. La thérapie cognitive comportementale | 57 |
| 5.4.2.4. La thérapie centrée sur la famille | 57 |
| 5.4.3. Résultats des études en fonction des trois classes de participants..... | 58 |
| 5.4.3.1. Interventions auprès de participants à haut risque de trouble bipolaire..... | 58 |
| 5.4.3.2. Interventions auprès de participants présentant un trouble bipolaire à début précoce | 58 |
| 5.4.3.3. Interventions auprès de participants à leur 1 ^{er} épisode de trouble bipolaire | 62 |
| 5.5. Synthèse des données scientifiques..... | 63 |
| 6. Synthèse des données scientifiques, contextuelles et expérientielles | 66 |
| 6.1. Évaluation des modèles, programmes et services de santé mentale | 66 |
| 6.2. Implantation | 69 |
| 7. Recommandations | 71 |
| Annexes de la Question 1 | 73 |
| Annexe 1. – Stratégie de recherche pour la Question 1..... | 74 |
| Annexe 2. – Liste des études exclues après lecture complète pour la Question 1 | 76 |

| | |
|---|------------|
| Annexe 3. – Caractéristiques des revues systématiques incluses pour la Question 1 | 77 |
| Annexe 4. – Tableau de l'évaluation de la qualité des revues systématiques pour la Question 1 | 78 |
| Annexe 5. – Résultats portant sur l'accès..... | 79 |
| Annexe 6. – Résultats portant sur le rétablissement | 80 |
| Annexe 7. – Résultats portant sur la pertinence et l'acceptabilité | 83 |
| Annexes de la Question 2 | 87 |
| Annexe 8. – Stratégie de recherche pour la Question 2..... | 88 |
| Annexe 9. – Liste des études exclues pour la Question 2..... | 90 |
| Annexe 10. – Tableau de l'évaluation de la qualité des revues systématiques pour la Question 2..... | 95 |
| Annexe 11. – Tableau de l'évaluation de la qualité des études avant / après pour la Question 2 | 96 |
| Annexe 12. – Tableau de l'évaluation de la qualité des essais cliniques randomisés pour la Question 2 | 97 |
| Annexe 13. – Tableau de l'évaluation de la qualité des essais contrôlés non randomisés pour la question 2 | 98 |
| Annexe 14. – Tableau de l'évaluation de la qualité des séries de cas et de l'étude de cas pour la Question 2..... | 99 |
| Annexe 15. – Composantes de base des thérapies psychologiques | 100 |
| Annexe 16. – Études complétées auprès des personnes à haut risque de trouble bipolaire | 101 |
| Annexe 17. – Études complétées auprès des personnes à début précoce de trouble bipolaire | 102 |
| Annexe 18. – Études complétées auprès des personnes au 1 ^{er} épisode de trouble bipolaire | 105 |
| Références..... | 106 |

Préface

Dans le cadre du *Programme de soutien aux initiatives en évaluation des technologies et modes d'intervention* (PSI-ETMI) offert par l'Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS), notre unité d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé et services sociaux a déposé en mars 2014 une proposition d'évaluation visant à répondre à la question suivante : *comment développer, organiser et implanter, au sein du Centre intégré universitaire en santé et en services sociaux de l'Ouest-de-l'île-de-Montréal (CIUSSS ODIM)¹, une offre de services desservant à la fois les adolescents et les jeunes adultes aux prises – ou pouvant être aux prises – avec un trouble bipolaire, qui permettrait d'intervenir précocement et de soutenir leur passage à la vie adulte ?* Cette proposition a été retenue en juin 2014 pour financement et soutien et, comme convenu, le plan de réalisation de l'évaluation a été soumis pour approbation à l'INESSS à l'automne 2014.

Depuis plusieurs années, une insatisfaction existe à l'échelle de la province quant à la transition entre la pédopsychiatrie et les programmes clientèles pour adultes et quant à l'adéquation des services offerts aux besoins des jeunes adultes. Le CIUSSS ODIM a donc entamé une démarche de changement transformationnel qui vise la mise en place des meilleures pratiques d'intervention afin d'assurer la qualité des soins et services ainsi que l'amélioration de la trajectoire à l'intérieur des établissements de son réseau pour les adolescents et les jeunes adultes. Dans son récent plan d'action, le CIUSSS ODIM cible, notamment, la santé mentale des jeunes, dont ceux qui ont un trouble bipolaire, afin de bien cerner les modalités, avantages et inconvénients des changements à mettre en œuvre.

Le présent rapport vise à répondre aux besoins de connaissances du CIUSSS ODIM par rapport aux décisions à prendre en matière d'offre et d'organisation de ses services en santé mentale auprès des adolescents et des jeunes adultes. Les résultats présentés se veulent transversaux puisqu'en soutien à diverses directions, dont les directions des services multidisciplinaires et professionnels, ainsi que les directions du programme jeunesse, de la protection de la jeunesse et des programmes en santé mentale et dépendances. Nous espérons que ce rapport pourra aussi soutenir le Ministère de la Santé et des Services sociaux, ainsi que d'autres CISSS ou CIUSSS, dans la planification de l'organisation de leurs services de santé mentale auprès des jeunes.

Le CIUSSS ODIM tient à remercier chaleureusement les membres du comité consultatif de leur contribution riche et soutenue tout au long des travaux.

¹ La demande initiale a été faite par l'Institut universitaire en santé mentale Douglas, affilié à l'Université McGill.

Résumé

Services de santé mentale desservant à la fois les adolescents et les jeunes adultes :

modèles de prestation de services de santé mentale et interventions psychosociales spécifiques aux jeunes vivant avec un trouble du spectre bipolaire

Angela Ly, Gilbert Tremblay, Sylvie Beauchamp

Introduction

L'organisation actuelle des services en santé mentale au Québec impose une rupture au passage à la vie adulte, et ce, au moment même où certains troubles graves de santé mentale font leur apparition. Les répercussions quant au rétablissement et à l'intégration sociale des jeunes sont majeures. Pour favoriser la continuité des services, des programmes spécialisés ont été développés récemment pour soutenir les jeunes, notamment pour les jeunes vivant avec un 1er épisode de trouble psychotique. Cette préoccupation concerne également les jeunes vivant avec un trouble du spectre bipolaire.

Le CIUSSS ODIM a entamé une démarche de changement transformationnel qui vise à améliorer l'offre de services de santé mentale pour les jeunes. Le présent rapport d'évaluation vise à soutenir le CIUSSS ODIM dans son processus décisionnel. Il répond aux deux questions suivantes :

- Q1. Quels sont les effets des modèles, programmes et services spécialisés desservant à la fois des adolescents et des jeunes adultes à risque de présenter ou présentant un trouble de santé mentale ? Les effets sur l'accessibilité, l'engagement et la continuité, le rétablissement, ainsi que la pertinence vécue et l'acceptabilité sont évalués.
- Q2. Quelles sont les interventions psychosociales démontrées efficaces, prometteuses et applicables auprès de préadolescents, d'adolescents et de jeunes adultes (personnes de 12 à 30 ans) à risque de présenter ou présentant un trouble du spectre bipolaire ? Les effets sur les symptômes thymiques, la récurrence d'épisodes, l'hospitalisation, le fonctionnement global, la qualité de vie, la scolarisation, l'emploi et l'insertion sociale sont évalués.

Efficacité des modèles, programmes et services spécialisés desservant à la fois les adolescents et les jeunes adultes

Méthodes (Q1)

Une revue systématique de revues systématiques a été réalisée. Une recherche a été effectuée dans quatre bases de données (*MEDLINE, Embase, ASSIA et CINAHL*) entre janvier 2000 et janvier 2017. Pour être incluse, la revue systématique devait porter sur un modèle, programme ou service spécialisé desservant à la fois les adolescents et les jeunes adultes. L'évaluation de la qualité a été effectuée au moyen du *ROBIS*. La sélection et l'évaluation de la qualité ont été effectuées par entente inter juges. Un comité consultatif constitué d'experts (chercheurs, cliniciens, gestionnaires et usagers) a été institué afin de fournir des données contextuelles et expérientielles. Les membres du comité se sont rencontrés à sept reprises. De plus, six rencontres individuelles ont été réalisées en suivant un canevas d'entrevue élaboré dans l'objectif de valider ou de compléter

les données scientifiques. Une sous-section du cadre d'analyse du *Program Policy Framework for Early Intervention in psychosis* (Ontario Ministry of Health and Long-Term Care, 2004) a été développée pour la Q1. Celui-ci a été élaboré sur les bases des mesures de performance de Addington et al. (2005), des dimensions du rétablissement de Whitley & Drake (2010) et du modèle FAME de l'Institut Johanna Briggs (2005). Il comprend quatre dimensions : l'accessibilité, l'engagement et la continuité, le rétablissement ainsi que la pertinence vécue et l'acceptabilité. L'analyse et la synthèse des données ont été réalisées sous forme narrative. Le niveau de preuve de l'efficacité a été évalué en s'inspirant de la méthode de convergence des données scientifiques développée par le *National Autism Center* (2009) et reprise par l'INESSS (2015). Finalement, l'évaluation de la force de la recommandation a été effectuée selon le système de pointage élaboré par Beauchamp et al. (2015) Le rapport a été révisé par deux évaluateurs externes.

Résultats (Q1)

La recherche documentaire a permis d'identifier 1054 références répondant aux critères d'inclusion. Finalement, cinq références ont été retenues. Parmi celles-ci, trois portent respectivement sur l'accessibilité (Lloyd-Evans et al., 2011), le rétablissement clinique (Randall, Sherri, et al., 2015) et le rétablissement fonctionnel (G. R. Bond, Drake, & Luciano, 2015) dans les services d'intervention précoce en psychose. La majorité des devis retrouvés dans ces revues systématiques sont des études de cohorte avec groupe de comparaison rétrospectif. Les deux autres références portent respectivement sur la pertinence vécue et l'acceptabilité du modèle de soins centré sur la personne (Gondek et al., 2016) et du modèle de collaboration inter agence (Cooper, Evans, & Pybis, 2016) et couvrent principalement des études qualitatives. Dans l'ensemble, on peut considérer la qualité de ces études comme étant satisfaisante.

Accessibilité

- La preuve de l'effet des services d'intervention précoce sur la durée de la psychose non traitée, le nombre de références dans la région et la sévérité des symptômes des patients lors du premier contact n'est pas établi. Les services ayant fait l'objet d'une campagne multimodale ont obtenu des résultats prometteurs (Lloyd-Evans et al. 2011).

Rétablissement

- La preuve de l'effet des services d'intervention précoce sur le rétablissement clinique est prometteuse. Ces services ont permis de diminuer l'utilisation de services hospitaliers (Randall et al. 2015).
- La preuve de l'effet des services d'intervention précoce sur le rétablissement fonctionnel est prometteuse. Une augmentation du taux d'emploi a été observée avec ces services. L'efficacité de ces services est accrue lorsqu'ils intègrent le modèle de « placement et soutien individuel » (*Individual Placement and Support – IPS*). La preuve scientifique est encore plus prometteuse pour ces services (Bond et al. 2015).
- La preuve de l'effet des services d'intervention précoce n'est pas établie pour la poursuite des études (G. R. Bond et al., 2015).

Engagement et continuité

- Aucune revue systématique n'a été repérée pour la dimension de l'engagement et de la continuité.

Pertinence vécue et acceptabilité

- Peu d'études ont évalué le modèle de collaboration inter agence et le modèle de soins centrés sur la personne auprès de services de santé mentale jeunesse. La preuve scientifique n'a pas pu être établie pour ces modèles.
 - Pour le modèle de collaboration inter agence (Cooper et al., 2016), les facteurs facilitants les plus cités (trois études primaires sur sept) sont les suivants : formation conjointe, bonne compréhension, soutien de la haute direction, protocole de collaboration, modèle centré sur les jeunes personnes et leur famille. Les facteurs contraignants sont : ressources inadéquates, mauvaise communication, manque de valorisation et de respect, différences culturelles, enjeux de confidentialité.
 - Pour le modèle de soins centrés sur la personne (Gondek et al. 2016), les facteurs facilitants les plus cités (trois études primaires sur cinq) sont les suivants : écoute, respect et validation. Les facteurs contraignants sont les suivants : manque de ressources et enjeux de confidentialité.

Interventions psychosociales pour les jeunes à risque de présenter ou présentant un trouble du spectre bipolaire

Méthodes (Q2)

Une revue systématique a été réalisée. La recherche d'informations scientifiques a été effectuée de janvier 1996 à juillet 2016 dans quatre bases de données (*MEDLINE, Embase, CINAHL et PsynchINFO*). Pour être incluse, l'étude devait évaluer l'efficacité d'une intervention psychosociale auprès de jeunes (12-30 ans) vivant avec ou à risque de développer un trouble bipolaire. L'évaluation de la qualité des études a été réalisée avec le *ROBIS* pour les revues systématiques, le *Newcastle-Ottawa Quality Assessment Scale* pour les études avant – après, les séries de cas, le *Critical Appraisal Skills Programme* pour les essais cliniques randomisés, le *Risk of Bias in Non-Randomized Studies of Interventions* pour les essais contrôlés et le *Dixon-Woods* pour les études qualitatives. La sélection et l'évaluation de la qualité a été effectuée par entente inter juges. Le comité consultatif décrit pour la Q1 a également été consulté afin de fournir des données contextuelles et expérientielles pour la Q2 lors des sept rencontres de groupe et des six rencontres individuelles. Un modèle adapté du *Program Policy Framework for Early Intervention in psychosis* (Ontario Ministry of Health and Long-Term Care, 2004) a été utilisé comme cadre d'analyse. De plus, l'approche diagnostique par stadification (McGorry, 2007a) a été mise à profit pour l'analyse et la synthèse des données qui a été réalisée sous forme narrative. Le niveau de preuve de l'efficacité a été évalué en s'inspirant de la méthode de convergence des données scientifiques développée par le *National Autism Center* (2009) et reprise par l'*INESSS* (2015). Le rapport a été révisé par deux évaluateurs externes.

Résultats (Q2)

La recherche documentaire a permis de repérer 3433 références répondant aux critères d'inclusion. Ce sont dix-sept articles qui ont finalement été retenus par entente inter juges, dont trois étaient des revues systématiques et quatorze des études

primaires. Une étude de qualité moyenne a été réalisée auprès de participants à risques présenter un trouble du spectre bipolaire (T. R. Goldstein et al., 2014), douze ont été réalisées auprès de participants présentant un trouble bipolaire à début précoce et une étude de qualité moyenne a été réalisée auprès de participants à leur 1^{er} épisode de trouble bipolaire (Macneil et al., 2012). Étant donné le peu d'études réalisées auprès de participants à risque et de ceux ayant vécu un 1^{er} épisode, le niveau de preuve des interventions psychosociales auprès de cette population demeure non établi. Les devis utilisés auprès des participants présentant un trouble bipolaire à début précoce comprennent cinq essais randomisés (Cardoso et al., 2015; Goldstein et al., 2015; Inder et al., 2015; Miklowitz et al., 2008; Miklowitz, Schneck, George, et al., 2014b) et quatre études avant – après (B. I. Goldstein et al., 2014; Hlastala, Kotler, McClellan, & McCauley, 2010; Miklowitz, Georgea, Axelson, et al., 2004) de bonne qualité, ainsi que deux séries de cas (Knutsson, Backstrom, Daukantaite, & Lecerof, 2016; Ozerdem, Oguz, Miklowitz, & Cimilli, 2009) de qualité moyenne et faible, respectivement. Les interventions psychosociales repérées sont la psychoéducation, la thérapie interpersonnelle avec aménagements des rythmes sociaux, la thérapie cognitive comportementale et la thérapie centrée sur la famille.

Un tableau de convergence a permis de dénombrer les variables avec un résultat positif et significatif en fonction des indicateurs de résultats identifiés avec les éléments *PICOTS*. Cette démarche a permis de conclure que les interventions diminuent les symptômes thymiques de même que la récurrence des épisodes, en plus d'améliorer le fonctionnement global et l'observance. L'acceptabilité des interventions utilisées s'est montrée très élevée. Le niveau de preuve est établi pour ces interventions auprès des jeunes présentant un trouble à début précoce.

Synthèse des données scientifiques, contextuelles et expérientielles (Q1 et Q2)

L'effet des services d'intervention précoce sur le rétablissement de la psychose est prometteur. De tels services pourraient être développés pour des jeunes présentant d'autres troubles de santé mentale. Cependant, la littérature scientifique montre que la mise en œuvre de services spécialisés seuls, sans initiatives visant directement l'accès aux services (p. ex. campagne multimodale), semble insuffisante pour diminuer la durée de la psychose non traitée. Sur le plan de l'accès et de la détection précoce des troubles de santé mentale chez les jeunes, les membres experts du comité s'entendent pour dire que le service devrait accueillir tous les jeunes présentant une détresse psychologique ou à risque de développer un trouble de santé mentale, sans égard au diagnostic, lequel est souvent difficile à poser. Des membres experts croient que des services de détection précoce pour les troubles psychotiques pourraient être adaptés afin de pouvoir accueillir des personnes vivant avec d'autres troubles de santé mentale, tels que les troubles bipolaires. La majorité des experts croient que le groupe d'âge de 14 à 35 ans devrait être visé.

La présente ETMIS-SS a aussi permis de relever des interventions psychosociales démontrées efficaces en adjuvant à la pharmacothérapie pour les adolescents et les jeunes adultes présentant un trouble du spectre bipolaire. La psychoéducation, la thérapie cognitive comportementale et la thérapie centrée sur la famille sont des composantes clés du programme. Selon les experts, la psychoéducation offerte au niveau des services généraux et spécialisés devrait être adaptée au groupe d'âge des

usagers. Ce suivi devrait être offert en personne, individuellement ou en groupe, ou par l'intermédiaire d'une plateforme Web, incluant la thérapie centrée sur la famille et la thérapie interpersonnelle avec aménagement des rythmes sociaux. Le modèle de soutien à l'emploi de type IPS devrait également être intégré.

Les données contextuelles d'implantation, ainsi que les composantes des programmes n'ont pas été suffisamment décrites dans les articles retenus. Plusieurs facteurs devront être considérés avant l'implantation des services, notamment les modèles de soins centrés sur la personne (*youth friendly*) et ceux de la collaboration. Le comité consultatif s'entend pour souligner que la robustesse de la preuve est difficile à obtenir dans le champ psychosocial et que, dans le cas qui nous occupe, la littérature étant embryonnaire, il faudra davantage compenser par l'apport des données expérientielles lors de la phase d'implantation. Un groupe de travail intégrant des experts devrait être prévu à cet effet.

Recommandations (Q1 et Q2)

Les données scientifiques jumelées aux données contextuelles et expérientielles permettent de formuler les recommandations suivantes (voir la Figure 7.1. pour la schématisation des recommandations) :

1. Que la philosophie des programmes et services à mettre en place pour les jeunes à risque ou présentant un trouble de santé mentale se réfère au modèle de soins centrés sur la personne et son rétablissement et ce, sans égard à l'âge ou au diagnostic ;
 - 1.1. Que l'orientation des services d'intervention et de détection précoce soit de diminuer la durée de la maladie non traitée, sans égard à l'âge, selon une approche de services intégrés où tous les jeunes présentant une détresse psychologique quelconque ou à risque de développer un trouble de santé mentale, sans égard au diagnostic pourraient être accueillis ;
 - 1.2. Que des partenariats facilitant l'accès et la détection précoce des troubles sévères de santé mentale soient développés avec les soins de 1^{re} ligne, les ressources communautaires, les services sociaux et les milieux scolaires ;
 - 1.3. Que des campagnes multimodales (*reach out*) d'information soient mises en œuvre parallèlement aux services d'intervention précoce de manière à sensibiliser les jeunes et le personnel en milieu scolaire, les médecins de famille (selon l'approche de communication) ;
 - 1.4. Que les services d'intervention précoce intègrent, en adjuvant à la pharmacothérapie, des interventions psychosociales pour les adolescents et jeunes adultes présentant un trouble bipolaire à début précoce, idéalement manualisés et dispensés par du personnel dûment formé ;

- 1.4.1. Que ces services, en lien avec la stadification, visent les personnes aux stades 2, 3a, 3b, 3c, c'est-à-dire à partir du 1^{er} épisode jusqu'à la présence de rechutes nombreuses ;
 - 1.4.2. Que ces services conjuguent la thérapie cognitive comportementale, l'intervention centrée sur la famille et la psychoéducation ;
 - 1.4.3. Qu'à l'intérieur de ces services intégrés, soit offert le soutien à l'emploi de type IPS, et développé le soutien à la poursuite de l'éducation, selon l'approche d'équipe intégrée.
2. Qu'un groupe de travail, intégrant intervenants sociaux tels que les éducateurs, psychiatres et médecins de famille œuvrant dans les services spécialisés et dans les services de 1^{re} ligne, ainsi que des usagers et leur famille, soit mise en place afin d'orienter l'implantation du service. Les facteurs contraignants l'accès devraient être explorés.
3. Que les programmes soient évalués au moyen d'activités de recherche.

Summary

Mental health services serving both adolescents and young adults:

Effect of mental health service delivery models and Psychosocial interventions specific to youth living with a bipolar spectrum disorder

Angela Ly, Gilbert Tremblay, Sylvie Beauchamp

Introduction

The current organization of mental health services in Québec imposes a rupture during youth transition to adulthood, at the very moment when severe mental health disorders start appearing. This can have a major impact on youth recovery and social integration. To ensure service continuity, specialized programs have recently been developed to support youths, particularly those living with a first psychotic episode. There are also concerns regarding youths living with a bipolar spectrum disorder.

CIUSSS ODIM is currently undertaking transformational changes to improve youth mental health services. This evaluation report seeks to support CIUSSS ODIM in its decision-making. Two questions were addressed:

- Q1.** What are the effects of specialized models, programs and services serving both adolescents and young adults at risk of or presenting a mental health disorder? The effects on accessibility, engagement and continuity, recovery, meaningfulness and acceptability are assessed.
- Q2.** What are the psychosocial interventions proven effective, promising and applicable with preadolescents, adolescents and young adults (12 to 30 years of age) at risk of or presenting a bipolar spectrum disorder? The effects on mood symptoms, recurrence of episodes, hospitalizations, global functioning, quality of life, schooling, employment and social integration are assessed.

Effectiveness of specialized models, programs and services serving both adolescents and young adults

Methods (Q1)

A systematic review of systematic reviews was conducted. Four databases were searched (*MEDLINE*, *Embase*, *ASSIA* and *CINAHL*), covering the period between January 2000 and January 2017. To be included, the systematic review had to pertain to a specialized model, program or service serving both adolescents and young adults. The quality assessment was performed with the *ROBIS* instrument. The selection and quality assessment were done by inter-rater agreement. An expert advisory committee including researchers, clinicians, managers and service users was formed to provide contextual and experiential data. The committee members met seven times. In addition, six individual interviews were conducted using an interview canvas developed to validate or complete the scientific data. A subsection of the *Program Policy Framework for Early*

Intervention in Psychosis (Ontario Ministry of Health and Long-Term Care, 2004) was elaborated for Q1 based on performance measurements by Addington et al. (2005), recovery dimensions by Whitley & Drake (2010), and the FAME model of the Johanna Briggs Institute(2005). This evaluation framework has four dimensions: accessibility, engagement and continuity, recovery and meaningfulness and acceptability. The data was analyzed and synthesized in narrative form. The level of evidence on effectiveness was assessed based on the scientific data convergence method developed by the National Autism Center (2009) and adapted by INESSS (2015). Finally, the strength of the recommendation was assessed using the scoring system developed by Beauchamp et al. (2015). The report was evaluated by two external reviewers.

Results (Q1)

The literature search identified of 1054 references based on the inclusion criteria. Finally, five references were chosen. Three of them concerned respectively accessibility (Lloyd-Evans et al., 2011), clinical recovery (Randall, Sherri, et al., 2015) and functional recovery (G. R. Bond et al., 2015) in early intervention services for psychosis. The majority of research designs found in these systematic reviews are cohort studies with historical comparison groups. The other two references pertain to meaningfulness and acceptability of the person-centred care model (Gondek et al., 2016) and the inter-agency collaboration model (Cooper et al., 2016). They mainly cover qualitative studies. As a whole, the quality of these studies can be considered satisfactory.

Accessibility

- The effect of early intervention services on the duration of the untreated psychosis, the number of referrals in the region and the severity of the patients' symptoms during first contact is not established. Services that were subject to a multimodal campaign obtained promising results (Lloyd-Evans et al. 2011).

Recovery

- The effect of early intervention services on clinical recovery is promising. These services made it possible to reduce the use of hospital services (Randall et al. 2015).
- The effect of early intervention services on functional recovery is promising. An increase in employment rate was observed with these services. The effectiveness of these services is increased when they incorporate the IPS model (Individual Placement and Support). Scientific evidence is even more promising with these services (Bond et al. 2015).
- The effect of early intervention services is not established for educational continuation (G. R. Bond et al., 2015).

Engagement and continuity

- No systematic review was identified for the engagement and continuity dimension.

Meaningfulness and acceptability

- Few studies have evaluated the inter-agency collaboration model and the person-centred care model in youth mental health services. Scientific evidence has not been established for these models.
 - For the inter-agency collaboration model (Cooper et al., 2016), the facilitating factors most cited (three out of seven primary studies) are: joint training, good understanding, senior executive support, collaboration protocol, model centred on young people and their families. The constraining factors are: inadequate resources, poor communication, lack of value and respect, cultural differences, confidentiality issues.
 - For the person-centred care model (Gondek et al. 2016), the facilitating factors most cited (three out of five primary studies) are: listening, respect and validation. The constraining factors are: lack of resources and confidentiality issues.

Psychosocial interventions for youth at risk of developing or presenting a bipolar spectrum disorder

Methods (Q2)

A systematic review was conducted. The search for scientific information covered the period from January 1996 to July 2016 in four databases (*MEDLINE*, *Embase*, *CINAHL* and *PsychINFO*). To be included, the study had to assess the effectiveness of a psychosocial intervention with youths (aged 12 to 30) at risk of or presenting a bipolar spectrum disorder. The quality of the studies was assessed using *ROBIS* for systematic reviews, the Newcastle-Ottawa Quality Assessment Scale for before – after and case series studies, the Critical Appraisal Skills Programme for randomized clinical trials, the Risk of Bias in Non-Randomized Studies of Interventions for controlled trials, and the Dixon-Woods for qualitative studies. Selection and quality assessment were conducted with inter-rater agreement. The advisory committee described for Q1 was also consulted to provide contextual and experiential data for Q2 in the seven group meetings and the six individual interviews. A model adapted from the Program Policy Framework for Early Intervention in Psychosis (Ontario Ministry of Health and Long-Term Care, 2004) was used as an analytical framework. In addition, the clinical staging model (McGorry, 2007a) was used for analysis and synthesis of the data, which was presented in narrative form. The level of evidence on effectiveness was assessed based on the scientific data convergence method developed by the National Autism Center (2009) and adapted by INESSS (2015). The report was reviewed by two external reviewers.

Results (Q2)

The literature search identified 3433 references based on the inclusion criteria. Seventeen articles were finally selected by inter-rater agreement, three of which were systematic reviews and fourteen primary studies; one medium quality study was conducted on participants at risk of developing a bipolar disorder (T. R. Goldstein et al., 2014), twelve were conducted on participants presenting an early onset bipolar disorder, and one medium quality study was conducted on participants in their first bipolar spectrum disorder episode (Macneil et al., 2012). Given the few studies conducted on at-risk participants and those who have experienced a first episode, the level of evidence on psychosocial interventions with this population remains

unestablished. The research designs used with participants presenting an early onset bipolar disorder include five randomized trials (Cardoso et al., 2015; Goldstein et al., 2015; Inder et al., 2015; Miklowitz et al., 2008; Miklowitz, Schneck, George, et al., 2014b) and four before – after studies (B. I. Goldstein et al., 2014; Hlastala et al., 2010; Miklowitz, Georgea, Axelson, et al., 2004) of good quality, as well as two case series (Knutsson et al., 2016; Ozerdem et al., 2009) of medium and low quality respectively. The psychosocial interventions identified are psychoeducation, interpersonal and social rhythm therapy, behaviour cognitive therapy, and family-centred therapy.

A convergence table was used to generate the number of variables with a significant positive result, based on the outcome measures identified with the *PICOTS* elements. The interventions reduced the mood symptoms and the recurrence of episodes, in addition to improving overall functioning and adherence. Acceptability of the interventions used proved to be very high. The level of evidence of these interventions is considered established for youths with early onset psychosis.

Synthesis of the scientific, contextual and experiential data (Q1 and Q2)

The effect of early intervention services on recovery in psychosis is promising. Such services could be developed for youths presenting other mental health disorders. However, it should be noted that scientific literature shows that the implementation of specialized services alone, without initiatives directly aimed at services access (e.g. multimodal campaign), seems insufficient to reduce the duration of the untreated psychosis. In regards to access and early detection of youth mental health disorders, the expert members of the committee agree that services should be able to accommodate all youths presenting psychological distress or at risk of developing a mental health disorder, regardless of the diagnosis, which is often difficult to establish. Some expert members believe that early detection services for psychotic disorders could be adapted to accommodate persons living with other mental health disorders, such as bipolar spectrum disorder. The majority of the experts believe that youths aged 14 to 35 years old should be targeted.

This HTA was also able to identify psychosocial interventions proven effective as adjuvant therapy to pharmacotherapy for adolescents and young adults presenting a bipolar spectrum disorder. Psychoeducation, behavioural cognitive therapy and family-centred therapy are key program components. According to the experts of the committee, psychoeducation offered at the level of general and specialized services should be adapted to the users' age group. User follow-up should be offered in person, individually or as a group, or through a web platform and include family-centred therapy and interpersonal and social rhythm therapy. The IPS (Individual Placement and Support) model should also be integrated.

Contextual implementation data and program components were not described sufficiently in the selected articles. Several factors will have to be considered before service implementation, including the development of person-centred (youth friendly) care and collaborative care models. The advisory committee agrees to point out that robust evidence is difficult to obtain in the psychosocial field and that, in the case that concerns us, since literature is in its infancy. It will be necessary to compensate with experiential data during the implementation phase. A working group including experts should be planned.

Recommendations (Q1 and Q2)

The scientific data, combined with the contextual and experiential data, make it possible to formulate the following recommendations (see Figure 7.1. for the schematization of the recommendations):

1. That the philosophy of the programs and services to be put in place for youths at risk or presenting a mental health disorder refers to the person-centred and recovery-centred care model, regardless of age or diagnosis;
 - 1.1. That the aim of early intervention and detection services should be to reduce the duration of untreated illness, regardless of age, and employing a service integration approach in which all youths presenting any kind of psychological distress or at risk of developing a mental health disorder, regardless of diagnosis, could be accommodated;
 - 1.2. That partnerships facilitating access and early detection of severe mental health disorders be developed with primary care services, community organizations, social services and school environments;
 - 1.3. That multimodal information and outreach campaigns be implemented in parallel to the development of early intervention services to raise awareness among youths and staff in schools as well as family physicians (following a communication approach);
 - 1.4. That early intervention services integrate psychosocial interventions, as adjuvant therapy to pharmacotherapy, for adolescents and young adults presenting an early onset bipolar disorder, ideally transcribed in manuals and delivered by duly trained staff;
 - 1.4.1. That these services be addressed to people in stages 2, 3a, 3b and 3c meaning, starting from the 1st episode to the presence of numerous relapses;
 - 1.4.2. That these services combine behavioural cognitive therapy, family-centred intervention and psychoeducation;
 - 1.4.3. That within these integrated services, Individual Placement and Support (IPS) be offered, and that support for educational continuation be developed, following an integrated team approach;
2. That a working group, including social interveners such as educators, psychiatrists and family physicians working in specialized services and primary care services, as well as users and their families, be put in place to orient service implementation. The constraining factors to access should be explored;
3. That programs be evaluated by means of research activities.

Liste des tableaux et figures

Tableaux

| | |
|---|----|
| Tableau 1.1. – Modèle de la stadification clinique pour les troubles psychotiques et troubles de l'humeur | 4 |
| Tableau 2.1. – Éléments <i>PICOTS</i> pour les deux questions | 6 |
| Tableau 2.2. – Outils d'évaluation de la qualité pour les deux questions | 7 |
| Tableau 2.3. – Catégorisation des niveaux de preuve | 8 |
| Tableau 2.4. – Thématiques abordées avec les membres du comité consultatif | 10 |
| Tableau 4.1. – Éléments <i>PICOTS</i> pour la Question 1..... | 13 |
| Tableau 4.2. – Concepts utilisés dans la stratégie de recherche documentaire..... | 14 |
| Tableau 4.3. – Critères d'inclusion et d'exclusion des études portant sur la Question 1 | 15 |
| Tableau 4.4. – Mesures de performance selon les modèles, programmes et services | 19 |
| Tableau 4.5. – Rétablissement clinique – nombre d'hospitalisations | 27 |
| Tableau 4.6. – Rétablissement clinique – nombre de jours d'hospitalisation | 28 |
| Tableau 4.7. – Facteurs facilitants de la collaboration inter agence | 35 |
| Tableau 4.8. – Facteurs contraignants de la collaboration inter agence | 36 |
| Tableau 4.9. – Facteurs facilitants du modèle de soins centrés sur la personne | 38 |
| Tableau 4.10. – Facteurs contraignants du modèle de soins centrés sur la personne | 39 |
| Tableau 4.11. – Dénombrement des indicateurs de résultat positif pour l'accès pour la Question 1 | 42 |
| Tableau 4.12. – Dénombrement des indicateurs de résultat positif pour le rétablissement pour la Question 1 | 44 |
| Tableau 4.13. – Dénombrement des indicateurs de résultat positif de la pertinence vécue et de l'acceptabilité pour la Question 1..... | 45 |
| Tableau 5.1. – Éléments <i>PICOTS</i> pour la Question 2..... | 47 |
| Tableau 5.2. – Caractéristiques des troubles du spectre bipolaires selon le DSM-5 | 49 |
| Tableau 5.3. – Critères d'inclusion et d'exclusion des études pour la Question 2..... | 50 |
| Tableau 5.4. – Caractéristiques de la thérapie interpersonnelle avec aménagement des rythmes sociaux pour adolescents à haut risque..... | 56 |
| Tableau 5.5. – Dénombrement des indicateurs de résultat positif pour la Question 2 | 65 |
| Tableau 6.1 - Évaluation de la force de la recommandation des interventions psychosociales pour le trouble bipolaire chez les jeunes - Question 1 | 67 |

Figures

| | |
|---|----|
| Figure 3.1. – Cadre d'analyse | 11 |
| Figure 4.1. – Grille d'extraction pour la Question 1 (cadre d'analyse) | 16 |
| Figure 4.2. – Diagramme de sélection pour la Question 1..... | 18 |
| Figure 4.3. – Représentation graphique de l'évaluation de la qualité des revues systématiques pour la Question 1 selon l'outil <i>ROBIS</i> | 20 |
| Figure 5.1. – Diagramme de sélection pour la Question 2..... | 51 |
| Figure 5.2. – Répartition des études primaires en fonction de la stadification | 52 |
| Figure 5.3. – Représentation graphique de l'évaluation de la qualité des revues systématiques pour la Question 2 selon l'outil <i>ROBIS</i> | 54 |
| Figure 7.1. – Recommandations pour l'implantation d'un continuum de services en santé mentale pour les jeunes..... | 72 |

Glossaire

| | |
|--|--|
| À risque d'une maladie mentale | Les personnes à risque présentent une ou plusieurs des caractéristiques suivantes : un historique familial au 1 ^{er} degré d'une maladie mentale (T. R. Goldstein et al., 2014), un tableau infra clinique récurrent, un épisode dépressif majeur et précoce, une manie induite par la pharmacothérapie, une irritabilité et labilité émotionnelle sévère intermittente (Birmaher, 2013). |
| Début précoce d'une maladie mentale | La notion de début précoce réfère à la présence d'une maladie mentale diagnostiquée à un âge antérieur à l'âge moyen d'apparition de cette maladie. |
| Devis de recherche | Le devis de recherche peut être défini comme le document qui justifie la pertinence d'un projet de recherche en précisant la problématique, les questions de recherche, le devis expérimental lui-même (p. ex. essai clinique randomisé, étude de cohorte avec groupe de comparaison, étude avant – après, étude cas / témoin, série de cas, étude de cas), l'échéancier et les budgets. |
| Durée de la maladie non traitée | La durée de la maladie non traitée se définit par la durée entre le début d'une phase symptomatique et l'initiation du traitement. |
| Essai clinique non randomisé | L'essai clinique non randomisé est un devis expérimental dans lequel les sujets sont répartis entre un groupe expérimental et un groupe témoin par une méthode non randomisée, en fonction des contraintes pratiques des chercheurs, par exemple, ou par d'autres méthodes comme l'assignation alternée à un traitement. * |
| Essai clinique randomisé | L'essai clinique randomisé est un devis expérimental portant sur au moins deux interventions, dans lequel les participants sont répartis aléatoirement entre le groupe traité et le groupe témoin. * |
| Étude de cas (étude qualitative) | Exploration approfondie ou explication des enjeux intrinsèques à un cas particulier. Le cas peut être un processus de décision, une personne, une organisation, un pays ou une autre entité (Pluye et al., 2011). |
| Étude de cohorte | L'étude de cohorte est une étude de type observationnelle dans laquelle les chercheurs sélectionnent des participants et les suivent en cohorte alors qu'ils sont exposés ou non exposés à un facteur donné, afin de vérifier les effets de l'exposition à ce facteur sur la santé des membres de la cohorte. Une étude de cohorte comprend généralement un groupe de comparaison. |
| Étude de série de cas | L'étude de série de cas est un devis observationnel sans groupe témoin portant sur une intervention ou l'exposition à un facteur donné et ses effets étudiés auprès d'une série de participants. * |
| Étude de cohorte avec groupe de comparaison rétrospectif | Il s'agit d'une étude qui compare deux cohortes successivement, la première avant l'implantation d'un programme et la seconde après. |
| Étude transversale | Étude d'observation dans laquelle les chercheurs sélectionnent un groupe de sujets dans une population donnée et mesurent la présence ou l'absence simultanée d'un facteur de risque et du résultat à l'étude. * |
| Méta-analyse | Une méta-analyse est une étude basée sur une revue de la littérature scientifique où la sélection des études primaires et la synthèse s'effectuent de manière à pouvoir combiner les participants afin d'obtenir une estimation quantitative de l'effet global d'une intervention ou d'une variable particulière. * |
| Méthodes mixtes | Les méthodes mixtes de recherche sont un paradigme qui allie les méthodes quantitatives, les méthodes qualitatives et la recherche-action pour mieux répondre à des problématiques complexes. Une seule de ces méthodes fournirait moins d'information utile. |
| Phase prodromique Symptômes infra cliniques | Ces notions sont apparentées. La phase prodromique réfère à la période au cours de laquelle une maladie présente des signes annonciateurs légers et symptômes souvent bénins – dits infra cliniques –, où |

| | |
|---|---|
| Tableau subliminaire | l'on observe un tableau clinique sous le seuil du diagnostic franc – subliminaire –. |
| 1 ^{er} épisode psychotique ou thymique | Il existe un certain nombre de maladies mentales qui comportent des symptômes psychotiques, dépressifs ou maniaques au 1 ^{er} épisode. Alors qu'il est difficile de diagnostiquer le type exact de trouble qui se déclenche au 1 ^{er} épisode, il faudra attendre que le tableau clinique se compose à travers le temps avant de préciser la maladie mentale probable. |
| Programmes spécialisés | Les programmes spécialisés sont ceux qui font appel à une expertise particulière et que l'on retrouve généralement en 2 ^e ligne et parfois en 3 ^e ligne. Ils viennent en soutien aux équipes de 1 ^{re} ligne en offrant des services aux personnes qui ne peuvent recevoir un traitement adéquat à ce niveau (MSSS, 2005). Leur condition peut être complexe, peu fréquente ou instable. |
| Revue systématique | La revue systématique de la littérature scientifique est une recension structurée des publications portant sur une question formulée de façon à ce que l'on puisse y répondre en analysant les articles qui s'y rapportent. |
| Stadification clinique | La stadification est une approche diagnostique qui diffère de l'approche syndromique et catégorielle permettant la détermination des stades précoces d'une maladie, prenant en compte les phénomènes infra cliniques dès leur apparition. Il s'agit d'une méthode de classification des stades subliminaires d'une maladie. |
| Troubles concomitants | La notion de trouble concomitant renvoie à la présence simultanée de plusieurs pathologies psychiatriques chez une même personne à un moment donné. Cette locution couvre un large éventail de problématiques et de possibles combinaisons. |
| * Glossaire en évaluation des technologies de la santé (ETS), http://htaglossary.net/Accueil | |

1. Problématique

1.1. Contexte de la demande

L'adolescence et le début de l'âge adulte représentent une tranche d'âge particulièrement touchée par les problèmes de santé mentale. En outre, il est reconnu que la plupart des maladies mentales débutent avant l'âge de 25 ans. Toutefois, l'organisation des services de santé mentale au Québec est divisée en fonction de l'âge de la majorité, soit 18 ans. Selon la littérature scientifique et les experts consultés, l'organisation actuelle des services s'avère peu adaptée aux étapes de développement de la personne et d'évolution de ces maladies chez les jeunes. D'une part, l'accès à une intervention adéquate survient tardivement après le déclenchement et l'évolution de ces troubles. Les conséquences de ce décalage sont importantes aux plans clinique et psychosocial : symptômes qui perdurent, moins bonne réponse aux traitements, perte du soutien social, interruption des études ou retrait du marché du travail, entre autres (M. Marshall et al., 2005; Ontario Ministry of Health and Long-Term Care, 2004; Perkins, Gu, Boteva, & Lieberman, 2005). D'autre part, l'organisation actuelle des services impose une transition entre la pédopsychiatrie et les services pour adultes, et plusieurs jeunes décrochent des services à la suite de leur transfert (Paul et al., 2013). De plus, les services de santé mentale pour adultes sont davantage spécialisés pour intervenir sous l'angle de la gestion de la maladie chronique, alors que les jeunes ont besoin d'une approche adaptée aux premiers stades de la maladie et à leurs besoins particuliers sur le plan scolaire, occupationnel, relationnel et de soutien au cours de leur transition à la vie adulte (Commissaire à la santé et au bien-être, 2012; McGorry, 2007a).

La résolution de cette problématique est apparue prioritaire puisque depuis un certain nombre d'années la discontinuité dans la prestation des services de santé et services sociaux et surtout le changement de type de services au moment du passage à la vie adulte paraît de moins en moins efficient et relevant d'une tradition où les programmes clientèles tendaient à se structurer par catégories diagnostiques et groupes d'âge. Cette préoccupation est d'ailleurs présente dans le « Plan d'action en santé mentale 2015-2020 : faire ensemble et autrement » qui vient mettre l'accent sur l'importance d'améliorer l'accès tout en réduisant le temps d'attente, sur celle d'intégrer et d'améliorer les soins et services pour les jeunes qui vivent un 1^{er} épisode de psychose (Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2015).

1.2. Innovation dans l'offre de services

Pour pallier ces problèmes d'accès, de continuité et d'adéquation aux besoins, il existe un mouvement vers la mise en place de programmes desservant à la fois les adolescents et les jeunes adultes, ainsi qu'un développement de services adaptés à cette tranche d'âge. Ce mouvement s'inscrit dans un changement de paradigme en psychiatrie favorisant une vision développementale et évolutive des troubles mentaux, de la phase prodromique, ou subliminaire, à la phase chronique de la maladie ; c'est l'approche dite de la « stadification clinique ». (Cosci & Fava, 2013). Ces programmes desservent une clientèle dont l'âge peut s'étendre de 12 à 30 ans, avec des variations de groupe d'âge selon les programmes. Ceux-ci comportent un large éventail d'interventions psychosociales, incluant notamment l'intervention auprès de personnes à

risque de développer une maladie mentale et de celles présentant une maladie à début précoce, des interventions visant les parents et les membres de la famille, de la psychoéducation, du soutien à l'emploi et à la scolarisation, de la prévention des rechutes (McMurrich et al., 2012; Ontario Ministry of Health and Long-Term Care, 2004). Le Programme d'évaluation, d'intervention et de prévention des psychoses de Montréal (PEPP-Montréal) destiné aux jeunes en est un exemple. Ce programme s'adresse aux jeunes âgés de 14 et 35 ans vivant avec un trouble psychotique affectif ou non affectif. Il existe, par ailleurs, une abondante littérature portant sur la pertinence et l'efficacité de tels modèles d'intervention développés pour les jeunes aux prises avec leur 1^{er} épisode psychotique (Jordan et al., 2014; Lutgens et al., 2015).

Cette préoccupation concerne également la nécessité d'offrir des programmes et services destinés aux jeunes atteints d'un trouble du spectre bipolaire ou à risque en tenant compte de leur passage à la vie adulte. Cette préoccupation s'explique du fait que les troubles sont très souvent déclenchés à la préadolescence. De plus, les personnes affectées peuvent attendre entre 8 à 12 ans avant que le diagnostic ne soit posé avec précision (Egeland, Blumenthal, Nee, Sharpe, & Endicott, 1987; Lish, Dime-Meenan, Whybrow, Price, & Hirschfeld, 1994). Sur le plan clinique, cette période où le trouble bipolaire n'est pas correctement diagnostiqué et traité entraîne une aggravation de la trajectoire clinique (J. F. Goldberg & Ernst, 2002; Hirschfeld, Lewis, & Vornik, 2003; Miklowitz, Georgea, Axelson, et al., 2004; Schaffer et al., 2010). Sur le plan psychosocial, un début de trouble bipolaire dans la vingtaine est associé au décrochage scolaire, à de moins bonnes conditions d'emploi, à des difficultés financières, à des problèmes avec la justice ainsi qu'à des difficultés relationnelles (Lish et al., 1994). Ainsi, le diagnostic et le traitement précoce de la bipolarité, dans le but de réduire les conséquences psychologiques et sociales, prévenir le développement de comorbidités et préserver le développement affectif, social et professionnel, sont des enjeux majeurs. C'est dans ce contexte que la présente évaluation a été menée.

1.3. Question décisionnelle

Après une revue exploratoire de la littérature scientifique et la consultation d'experts, la question décisionnelle suivante a pu être formulée :

Comment développer, organiser et implanter, au sein du CIUSSS ODIM, une offre de services desservant à la fois les adolescents et les jeunes adultes aux prises, ou pouvant être aux prises, avec un trouble de santé mentale, qui permettrait d'intervenir précocement et de soutenir leur passage à la vie adulte ?

Dans le présent rapport, cette question décisionnelle est répondue en deux temps ; d'abord par une revue systématique de revues systématiques sur les effets des programmes et services desservant à la fois les adolescents et les jeunes adultes aux prises ou pouvant être aux prises avec un trouble grave de santé mentale et, ensuite, par une revue systématique portant sur des interventions psychosociales pour les jeunes vivant avec un trouble bipolaire pouvant être une composante de ces programmes sont présentées.

1.4. L'approche diagnostique par stadification

Alors que le DSM-5 et la Classification internationale des maladies – 10 (CIM-10) sont des typologies catégorielles où la symptomatologie est d'abord conceptualisée en classes, chaque symptôme, phénoménologiquement, peut en second lieu être caractérisé selon son intensité. D'autre part, la stadification est une approche diagnostique alternative qui se distingue de l'approche catégorielle et syndromique du DSM-5 en ce qu'elle prend en compte les phénomènes infra cliniques dès leur apparition. Cette approche s'est montrée particulièrement utile pour l'avancement du traitement précoce de maladies graves telles que le cancer ou certaines maladies dégénératives où l'intervention précoce revêt un caractère critique pour les personnes atteintes. Cette approche permet la détermination du stade où se trouve une personne sur le continuum prévisible de l'évolution d'une maladie par la différenciation des manifestations cliniques précoces et plus légères, de la progression et la chronicité d'une pathologie, alors que le traitement précoce peut avoir un effet sur le pronostic (McGorry, Hickie, Yung, Pantelis, & Jackson, 2007). Le Tableau 1.1. présente un modèle la stadification clinique pour les troubles psychotiques et troubles sévères de l'humeur tel que proposé par (McGorry et al., 2007).

Tableau 1.1. – Modèle de la stadification clinique pour les troubles psychotiques et troubles de l'humeur

| Stade | Définition | Populations cibles et source de la référence | Interventions potentielles |
|-----------|---|---|---|
| 0 | <ul style="list-style-type: none"> Risque élevé de trouble psychotique ou sévère de l'humeur | <ul style="list-style-type: none"> Adolescents de premier degré des probants | <ul style="list-style-type: none"> Amélioration de la littératie en santé mentale Éducation familiale, éducation aux drogues Entraînement cognitif bref |
| 1a | <ul style="list-style-type: none"> Symptômes légers ou non spécifiques (y compris les déficits neurocognitifs) de la psychose ou d'un trouble de l'humeur. Changement ou déclin fonctionnel léger | <ul style="list-style-type: none"> Dépistage chez les populations d'adolescents Référence en provenance de : soins primaires, médecins; milieu scolaire | <ul style="list-style-type: none"> Connaissances en santé mentale formelles Psychoéducation familiale, TCC formelle Réduction significative de la consommation de substances |
| 1b | <ul style="list-style-type: none"> Risque ultra élevé : symptômes légers subliminaires, avec symptômes neurocognitifs modérés Changement ou déclin fonctionnel franc (GAF, <70) | <ul style="list-style-type: none"> Référence en provenance de : milieu scolaire, médecins de 1^{re} ligne, services des urgences, aide sociale | <ul style="list-style-type: none"> Psychoéducation familiale, TCC formelle Réduction significative de la consommation de substances Acides gras omega-3 Médication antipsychotique atypique Antidépresseurs ou stabilisateurs de l'humeur |
| 2 | <ul style="list-style-type: none"> 1^{er} épisode psychotique ou thymique sévère Trouble franc avec symptômes modérés à sévères, déficits neurocognitifs et déclin fonctionnel (GAF, 30-50) | <ul style="list-style-type: none"> Référence en provenance de : médecins de 1^{re} ligne, services des urgences, aide sociale, services en alcoolisme et toxicomanie | <ul style="list-style-type: none"> Psychoéducation familiale, TCC formelle Réduction significative de la consommation de substances Antidépresseurs ou stabilisateurs de l'humeur Médication antipsychotique atypique Réadaptation occupationnelle |
| 3a | <ul style="list-style-type: none"> Remise incomplète du 1^{er} épisode de soins La gestion du patient pourrait être liée ou amenée plus rapidement au stade 4 | <ul style="list-style-type: none"> Soins primaires et spécialisés | <ul style="list-style-type: none"> Comme au stade 2, mais avec un accent sur les stratégies médicales et psychosociales pour atteindre la rémission complète |
| 3b | <ul style="list-style-type: none"> La récurrence ou la rechute de troubles psychotiques ou de l'humeur, lesquels se stabilisent avec un traitement au niveau fonctionnel, ou avec des symptômes résiduels ou un fonctionnement neurocognitif sous le meilleur niveau atteint après la rémission du 1^{er} épisode | <ul style="list-style-type: none"> Soins primaires et spécialisés | <ul style="list-style-type: none"> Comme au stade 3a, mais avec un accent sur la prévention de la rechute et les stratégies pour détecter les signes avant-coureurs. |
| 3c | <ul style="list-style-type: none"> Rechutes nombreuses donnant lieu à une aggravation de l'ampleur et de l'impact de la maladie objectivement présente | <ul style="list-style-type: none"> Soins primaires et spécialisés | <ul style="list-style-type: none"> Comme au stade 3b, mais avec un accent sur la stabilisation à long terme |
| 4 | <ul style="list-style-type: none"> Maladie grave, persistante ou ininterrompue, sur la base des symptômes, la neurocognition et les critères d'invalidité La gestion du patient pourrait être accélérée à ce à la première manifestation, sur la base de critères cliniques et fonctionnels spécifiques (du stade 2), ou en raison d'une absence de réponse au traitement (du stade 3a) | <ul style="list-style-type: none"> Soins primaires et spécialisés | <ul style="list-style-type: none"> Comme au stade 3c, mais avec accent sur la clozapine, d'autres traitements tertiaires et participation sociale en début de l'invalidité continue. |

Source : traduit de (McGorry et al., 2007)

2. Méthode

2.1. Question d'évaluation

Sur la base de la problématique énoncée, deux questions d'évaluation ont été retenues afin de répondre aux besoins d'accès, de continuité et d'adéquation aux besoins des préadolescents, des adolescents et des jeunes adultes et ainsi favoriser le développement de services adaptés à cette tranche d'âge. Ces questions d'évaluation sont énoncées comme suit :

Question 1 (Q1)

Quels sont les effets des modèles, programmes et services spécialisés desservant à la fois des adolescents et des jeunes adultes à risque de présenter ou présentant un trouble de santé mentale ?

Question 2 (Q2)

Quelles sont les interventions psychosociales démontrées efficaces, prometteuses et applicables auprès de préadolescents, d'adolescents et de jeunes adultes (personnes de 12 à 30 ans) à risque de présenter ou présentant un trouble du spectre bipolaire ?

La question portant sur les modèles, programmes et services desservant à la fois les adolescents et les jeunes adultes a été étendue au-delà des seuls troubles bipolaires afin de prendre en considération les services visant d'autres troubles mentaux qui débutent également souvent à l'adolescence et au début de l'âge adulte et pouvant être confondus ou concomitants aux troubles bipolaires. Ce choix découle d'une exploration préliminaire de la littérature scientifique et d'une consultation d'experts. Puisque les modèles, programmes et services desservant des adolescents et des jeunes adultes vivant avec un trouble du spectre bipolaire ou considéré à risque de développer un de ces troubles sont en émergence, la littérature scientifique s'y rattachant risque d'être pauvre et incomplète, d'autant plus la présence de troubles confondants. Pour ce qui est de la seconde revue systématique portant sur les interventions précoces, seuls les troubles bipolaires ont été considérés.

2.2. Éléments *PICOTS* pour les deux questions d'évaluation

L'objet visé par les deux questions a été précisé à l'aide des éléments *PICOTS*². Cette précision a été faite au moyen d'une revue exploratoire de la littérature et d'une consultation d'experts. Le Tableau 2.1. présente les éléments *PICOTS* pour les deux questions d'évaluation.

² Acronyme en langue anglaise de *Population, Intervention, Comparators, Outcomes, Time frame, Setting*

Tableau 2.1. – Éléments *PICOTS* pour les deux questions

| Éléments | Q1 — Modèles et programmes de services de santé mentale pour les adolescents et les jeunes adultes | Q2 — Interventions pour les adolescents et les jeunes adultes avec troubles bipolaires |
|----------|--|---|
| P | Adolescents et jeunes adultes à risque de présenter ou présentant un trouble de santé mentale (troubles de l'humeur ou troubles psychotiques, anxieux ou de la personnalité) | Adolescents et jeunes adultes avec un trouble du spectre bipolaire ou considéré à risque de développer un de ces troubles (phase prodromique) |
| I | Modèles, programmes ou services spécialisés en santé mentale desservant à la fois des adolescents et des jeunes adultes | Interventions individuelles ou de groupe |
| C | Avec ou sans comparateur | Avec ou sans comparateur |
| O | Accessibilité, continuité, précocité, engagement, acceptabilité, adéquation, satisfaction, rétablissement | Symptômes thymiques, récurrence d'épisodes, hospitalisations, fonctionnement global, qualité de vie, scolarisation, emploi, insertion sociale |
| T | Temps de mesure repéré dans les articles | Temps de mesure |
| S | Tous les milieux | Tous les milieux |

2.3. Méthode de recherche d'informations scientifiques

La recherche d'informations scientifiques a été élaborée, testée et appliquée par une spécialiste du domaine (NC). Des précisions pour chacune des questions d'évaluation sont présentées dans la section 4 pour la Question 1 et dans la section 5 pour la Question 2.

2.4. Méthode de sélection des études

La sélection des études pertinentes a été réalisée par une méthode inter juges, d'abord à partir des titres et des résumés, puis la lecture des articles présélectionnés. En cas de divergence, l'apport d'un troisième évaluateur a servi à atteindre un accord. Les diagrammes de flux pour chacune des questions sont présentés aux sections 4 et 5.

2.5. Méthode d'extraction des données

Des grilles d'extraction ont été développées pour colliger les effets afin de répondre aux deux questions d'évaluation. Ces grilles sont décrites aux sections 4 et 5. Pour la Q1, les études ont été classifiées par type d'indicateur de résultats suivant le cadre d'analyse présenté à la section 4. Pour la Q2, les résultats ont été traités et par type d'intervention psychosociale en fonction de l'approche de la stadification (voir Tableau 1.2.).

Ces grilles ont été raffinées en cours de travaux pour tenir compte de l'émergence d'informations pertinentes non prévues initialement. Dans le cas où la classification de l'étude ou des résultats était difficile, la décision a été prise par entente inter juges.

2.6. Évaluation de la qualité des études

L'analyse des résultats tient compte de la qualité des études. L'évaluation de la qualité a été réalisée à l'aide d'instruments propres au devis de chaque étude. Ainsi, différents outils ont été utilisés pour l'évaluation de la qualité méthodologique des études retenues. Le Tableau 2.2. présente ces instruments d'évaluation de la qualité en fonction des plans d'études.

Tableau 2.2. – Outils d'évaluation de la qualité pour les deux questions

| Type de devis | Outil utilisé pour l'évaluation de la qualité |
|------------------------------|--|
| Essai clinique randomisé | <i>Critical Appraisal Skills Programme (CASP)</i> — Liste de vérification pour les essais cliniques randomisés |
| Essai contrôlé non randomisé | <i>The Risk of Bias in Non-Randomised Studies – ROBINS-I (Sterne et al., 2016)</i> |
| Étude avant – après | <i>Newcastle-Ottawa Quality Assessment Scale (Wells, Shea, & O'Connell, 2009)</i> |
| Étude de cas / série ce cas | <i>Critical Appraisal Skills Programme (CASP)</i> — Liste de vérification pour les études qualitatives |
| Étude de cohorte | <i>Critical Appraisal Skills Programme (CASP)</i> — Liste de vérification pour les études de cohorte |
| Étude qualitative | <i>Critères Dixon-Wood</i> |
| Revue systématique | <i>ROBIS : Tool to assess risk of bias in systematic reviews (Whiting et al., 2016)</i> |

2.7. Méthodes d'analyse et de synthèse

Pour plusieurs raisons (p. ex. complexité de l'objet des revues, nature des dimensions évaluées, diversité des types d'études), l'analyse et la synthèse des données tirées de la littérature scientifique ont été réalisées sous forme narrative.

En ce qui concerne la population desservie, nous avons classé les résultats de la recherche documentaire selon le stade de développement du trouble de santé mentale. Ainsi, nous avons déterminé si les jeunes visés par les programmes étaient à risque de développer trouble de santé mentale (stade à risque, en début précoce ou à leur 1^{er} épisode). Ces catégories correspondent aux stades 0, 1 et 2 du modèle de stadification clinique des troubles psychotiques et des troubles de l'humeur (McGorry et al., 2007).

En ce qui concerne le niveau de preuve scientifique de l'efficacité des modèles, programmes et services et des interventions, nous avons visé à déterminer si leurs effets sont établis, émergents, non établis ou inefficaces et nuisibles. La classification développée par le *National Autism Center* (National Autism Center (NAC), 2009) et reprise par l'INESSS dans

son cadre pour soutenir l'élaboration des guides de pratique en services sociaux a été mise à profit. Le Tableau 2.3. présente les définitions des catégories de niveaux de preuve de la pratique, telles que décrites dans ce cadre.

Tableau 2.3. – Catégorisation des niveaux de preuve

| Niveau de preuve scientifique | Définition |
|-------------------------------|---|
| <i>Établie</i> | Il y a suffisamment de données scientifiques pour avancer qu'une intervention a des effets favorables sur les personnes concernées. |
| <i>Prometteuse</i> | Quelques études de qualité indiquent qu'une intervention a des effets favorables sur les personnes concernées, mais d'autres études sont nécessaires pour confirmer son efficacité théorique. |
| <i>Non établie</i> | Il n'existe pas de données scientifiques de qualité permettant de déterminer si une intervention a des effets favorables, nuls ou nuisibles sur les personnes concernées. |
| <i>Inefficace nuisible</i> | Il y a suffisamment de données scientifiques indiquant qu'une intervention n'a pas d'effets ou qu'elle a des effets nuisibles sur les personnes concernées. |

2.8. Collecte des données contextuelles et expérientielles

Au fur et à mesure de la collecte des données scientifiques, des données contextuelles et expérientielles ont été recueillies afin de raffiner la compréhension du contexte d'intervention sur les plans organisationnels, cliniques et éthiques. Pour ce faire, des experts ont été consultés tant sur une base individuelle que sur une base de groupe. Ces experts sont ici définis comme des personnes ayant acquis une connaissance ou une habileté reconnue dans le domaine de la santé mentale. Ils ont été sélectionnés afin de favoriser la diversification des savoirs et des milieux, sur la base, les critères de sélection suivants :

- leur crédibilité scientifique, professionnelle ou de représentation ;
- leur domaine de savoir ;
- leur milieu d'activité (clinique, de la recherche, académique, privé) ;
- leur disponibilité (Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS), 2015).

Sous la forme d'un comité consultatif, ces experts étaient de pairs aidants, d'usagers, d'intervenants et de gestionnaires, tous œuvrant dans le domaine de la santé mentale ou vivant avec un trouble de santé mentale (page II, Équipe de projet). Ce comité s'est rencontré à sept reprises au cours de la réalisation du présent rapport d'évaluation. Chaque rencontre de trois heures a été enregistrée. Par ailleurs, six rencontres ont été menées auprès d'experts afin de discuter des enjeux liés aux constats de la présente évaluation afin de valider ou de compléter les données scientifiques. Ces rencontres, sur une base individuelle, ont été conduites de façon semi-directive au moyen du canevas présenté au Tableau 2.4..

2.9. Élaboration des recommandations

Les données contextuelles et expérientielles ont servi à nuancer les constats de la présente évaluation pour poser des recommandations. Comme proposé par l'INESSS, les membres du comité consultatif ont été consultés sur les avantages escomptés ou les risques des programmes ou services, et des interventions psychosociales proposées. Plus spécifiquement, ces consultations avaient pour objectifs d'assurer l'utilité, la faisabilité et la pertinence des constats et de maintenir le processus d'évaluation ouvert, transparent, inclusif, éthique et démocratique (Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS), 2015). Pour ce faire, un canevas d'entretien semi-directif a été élaboré sur la base des éléments *PICOTS* et les membres ont été rencontrés sur une base individuelle.

L'effet des modèles, programmes, services et interventions a été évaluée basé sur les données scientifiques, la convergence des données contextuelles et expérientielles avec les données scientifiques et finalement, l'évaluation de la force de la recommandation a été effectuée selon le système de pointage élaboré par (Beauchamp et al., 2015). L'élaboration des recommandations est présentée dans la section 6. Synthèse des données scientifiques, contextuelles et expérientielles.

Les membres ont été interviewés individuellement pour recueillir leur avis et appréciation en regard de cinq thématiques détaillées au Tableau 2.4..

Pour l'élaboration des recommandations finales, les membres du comité consultatif ont pu prendre connaissance des conclusions préliminaires de la revue portant sur les interventions psychosociales d'abord le 1^{er} février 2017, lors d'une rencontre, puis lors de la transmission du texte fait le 17 février 2017 pour les membres experts et le 28 février 2017 pour les autres membres.

Des groupes de travail sont prévus avec les gestionnaires de la direction des programmes de santé mentale et dépendance et celle de la protection de la jeunesse du CIUSSS ODIM afin de déterminer les conditions terrain d'implantation des recommandations.

À cette étape-ci, il a été convenu de ne pas mener des groupes de discussion auprès des jeunes vivant avec un trouble du spectre bipolaire. Il a été jugé plus à propos de mener cette phase de collecte de données lors de l'implantation des programmes auprès des jeunes, afin de mieux cerner leurs expériences et de modifier, au besoin, les services.

Tableau 2.4. – Thématiques abordées avec les membres du comité consultatif

| Thème | Questions abordées |
|---|---|
| Appréciation de la pertinence des résultats | Quelle est votre appréciation générale des résultats sur le plan de la pertinence et de l'applicabilité des modèles, programmes et interventions identifiés ? |
| Groupe d'âge | Le groupe d'âge ciblé est-il approprié ? |
| Milieux d'intervention | Dans quels milieux d'intervention les programmes pourraient-ils être implantés (p. ex. communautaire, 1 ^{re} , 2 ^e ou 3 ^e ligne) ? Pour quels diagnostics ces programmes devraient-ils être implantés ? Des questions éthiques particulières devraient-elles être prises en considération (p. ex. accès, continuité, rétablissement) ? Ces programmes seraient-ils complémentaires à la pratique actuelle ? |
| Interventions psychosociales | Les interventions psychosociales identifiées sont-elles appropriées ? Le personnel aurait-il besoin de formation ? Le principe de rétablissement est-il respecté ? Des questions éthiques particulières devraient-elles être prises en considération (p. ex. mixité) ? |
| Scénarios d'implantation | Quel serait le scénario optimal à mettre en place dans un 1 ^{er} temps ? Quel serait le scénario optimal à terme ? Quel sont les risques à prévoir et les bénéfices escomptés par l'implantation des modèles, programmes et interventions identifiés ? |

2.10. Validation scientifique

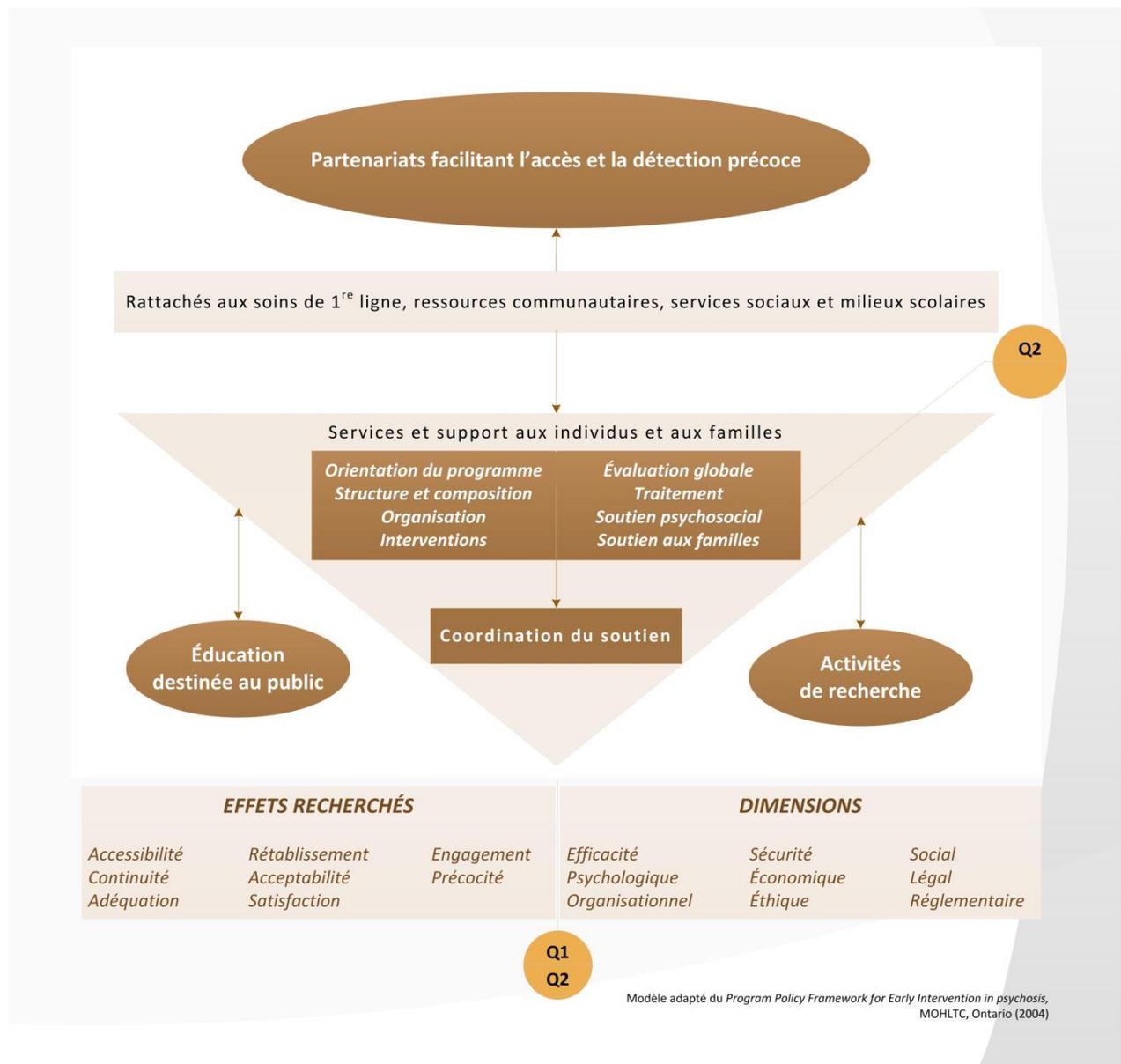
Les principaux mécanismes mis en place pour assurer la validité scientifique du projet sont présentés ci-après.

- Le comité consultatif qui a accompagné le projet avait pour rôle, entre autres, de valider sa méthodologie. À noter que les membres du comité détiennent non seulement une expertise de contenu portant sur le projet, mais aussi une expertise d'ordre méthodologique.
- Dans le cadre du Programme PSI-ETMI, le plan de réalisation et le premier rapport intermédiaire de l'évaluation ont été soumis à l'évaluation de l'INESSS, assurant ainsi que les travaux respectent les normes méthodologiques reconnues.
- Le rapport a été soumis à deux évaluateurs externes n'ayant pas participé au processus d'élaboration du présent rapport (en cours).

3. Cadre d'analyse

Le cadre d'analyse retenu est le modèle développé par le *Ministry of Health and Long-Term Care* de l'Ontario dans sa politique sur les programmes d'intervention précoce pour les 1^{ers} épisodes de psychose, et qui précise les composantes clés des programmes à implanter à l'échelle de la province (Ontario Ministry of Health and Long-Term Care, 2004). Le modèle, présenté à la Figure 3.1., a été adapté pour guider la démarche de revue systématique et pour servir d'outil d'échange avec le milieu décideur et le comité consultatif accompagnant le projet (Rohwer & Rehfuess, 2013).

Figure 3.1. – Cadre d'analyse



Question d'évaluation 1

Quels sont les effets des modèles, programmes et services en santé mentale desservant à la fois les adolescents et les jeunes adultes à risque de présenter ou présentant un trouble de santé mentale ?

4. Question 1

Revue systématique portant sur les effets des modèles, programmes et services desservant des adolescents et des jeunes adultes à risque de présenter ou présentant un trouble de santé mentale?

4.1. Question d'évaluation et objectif

Quels sont les effets des modèles, programmes et services spécialisés desservant à la fois des adolescents et des jeunes adultes à risque de présenter ou présentant un trouble de santé mentale ?

Objectifs

Évaluer les effets de ces services ou programmes en termes notamment d'efficacité quant à :

- l'amélioration de l'accès ;
- l'amélioration de l'engagement et de la continuité ;
- le rétablissement ;
- la pertinence perçue et l'acceptabilité.

Ces éléments sont présentés au Tableau 4.1..

Tableau 4.1. – Éléments *PICOTS* pour la Question 1

| Q1 — Modèles et programmes de services de santé mentale pour les adolescents et les jeunes adultes | |
|--|--|
| P | Adolescents et jeunes adultes à risque de présenter ou présentant un trouble de santé mentale (troubles de l'humeur ou troubles psychotiques, anxieux ou de la personnalité) |
| I | Modèles, programmes ou services spécialisés en santé mentale desservant à la fois des adolescents et des jeunes adultes |
| C | Avec ou sans comparateur |
| O | Accessibilité, continuité, précocité, engagement, acceptabilité, adéquation, satisfaction |
| T | Temps de mesure |
| S | Tous les milieux |

4.2. Méthodes spécifiques

4.2.1. Procédure de repérage et de sélection des études

Les bases de données *ASSIA*, *MEDLINE*, *Embase* et *CINAHL* ont été utilisées pour cette revue de revues systématiques, couvrant la période du 1^{er} janvier 2000 au 23 janvier 2017. Le repérage a été réalisé par l'intermédiaire d'une spécialiste en recherche d'informations scientifiques. Plusieurs tests et validations de la stratégie de recherche documentaire ont été effectués avec la spécialiste en recherche d'informations scientifiques afin de développer les concepts-clés présentés au Tableau 4.2.. Les algorithmes de recherche sont présentés à l'Annexe 1..

Tableau 4.2. – Concepts utilisés dans la stratégie de recherche documentaire

| Troubles de santé mentale | Traitement | Type de recherche |
|------------------------------|---------------------------------|-----------------------|
| mental health | Mental Health Services | Systematic review |
| mental disorder | Early intervention | Meta-analysis |
| bipolar disorders | Early prevention | Technology Assessment |
| Early onset bipolar disorder | Early detection | Synthesis of reviews |
| bipolar depression | Early diagnosis | Overview of reviews |
| rapid cycling bipolar | Early medical intervention | Review of reviews |
| bipolar mania | Early intervention program | Umbrella reviews |
| subsyndromal | Early psychosis intervention | HTA |
| podrom | Mental Health program | |
| Mood disturbance | Psychosis service | |
| Mood disorder | Early intervention in psychosis | |
| First episode psychosis | | |
| Psychotic disorders | | |
| Anxiety disorder | | |
| Personality disorder | | |
| Early psychosis | | |
| First episode psychosis | | |

4.2.2. Critères d'inclusion et d'exclusion

Les critères d'inclusion et d'exclusion sont quant à eux présentés au Tableau 4.3..

Tableau 4.3. – Critères d'inclusion et d'exclusion des études portant sur la Question 1

| Critères d'inclusion | |
|---|---|
| Plan d'étude | Revue systématique |
| Population | Adolescents et jeunes adultes à risque de présenter ou présentant un trouble de santé mentale (troubles de l'humeur ou troubles psychotiques, anxieux ou de la personnalité) |
| Programmes | Modèles, programmes ou services spécialisés en santé mentale à l'égard des adolescents et des jeunes adultes dont l'accès aux services n'est pas fonction de l'atteinte de l'âge de la majorité |
| Compareurs | Tout type de compareurs (groupe contrôle, différent programme, etc.) |
| Effets | Effets sur l'accessibilité, la continuité, le rétablissement, l'acceptabilité, la satisfaction, l'engagement, la précocité, l'autonomie et l'adéquation |
| Critères d'exclusion | |
| <ul style="list-style-type: none">• Les études portant sur des modèles, programmes ou services visant exclusivement les enfants et/ou adolescents ou les adultes• Les études portant la transition d'un programme pour enfant et / ou adolescents vers un programme pour adultes• Les modèles, programmes ou services de santé mentale de 1^{re} ligne (ou primaire)• Les interventions cliniques ou de soutien particulier ³• Les études sur des modèles, programmes ou services ciblant d'autres troubles de santé mentale (ex : troubles du spectre de l'autisme, déficience intellectuelle, troubles liés à l'usage de substances non concomitants aux troubles du spectre bipolaire, etc.)• Études publiées dans une autre langue que le français ou l'anglais | |

4.2.3. Méthodes d'extraction des données

L'extraction des données primaires présentées dans les revues systématiques a été réalisée en quatre étapes, à savoir :

1. L'identification des études primaires répondant aux critères d'inclusion dans les revues systématiques retenues. Étant donné le regroupement traditionnel des services pour enfants et adolescents, il est à noter que des études primaires analysées dans les revues systématiques d'intérêt comportaient des résultats portant exclusivement sur les adolescents ou les enfants. Ces derniers ne répondant pas à la question d'évaluation. Ils n'ont pas été pris en compte dans cette revue de revues systématiques.
2. L'extraction des données depuis les études primaires en fonction des critères d'inclusion (plan d'étude, échantillon, période de suivi, qualité et objectifs).
3. La classification des effets des modèles, programmes et services rapportés dans les études primaires selon les catégories logiques qui ont été définies par émergence à la section suivante. Ce cadre d'analyse est expliqué ci-après.
4. L'analyse et la synthèse des résultats pertinents à la question d'évaluation.

³ Les modes d'interventions psychosociales sont couverts par le chapitre 4

4.2.4. Cadre d'analyse des programmes de santé mentale pour les jeunes

Le cadre d'analyse (Figure 4.1.) a été développé à partir de deux études proposant une catégorisation de mesure des effets (Addington et al., 2005; Whitley & Drake, 2010) ainsi que de l'échelle *FAME* du modèle de l'Institut de Joanna Briggs (The Joanna Briggs Institute, 2005). Les quatre dimensions de ce cadre d'analyse sont l'accès, l'engagement et la continuité, le rétablissement et la pertinence vécue et l'acceptabilité.

Figure 4.1. – Grille d'extraction pour la Question 1 (cadre d'analyse)

| Grille d'extraction des effets des programmes | |
|--|---|
| Accès | Délai d'accès Durée de la maladie non-traitée Caractéristiques populationnelles (pourcentage de jeunes ayant accès aux services, analyse stratifiée) Parcours d'accès |
| Engagement et continuité | Niveau d'engagement Caractéristiques des patients selon le niveau d'engagement Continuité |
| Rétablissement | Dimension clinique Dimension fonctionnelle – autonomie Dimension physique Dimension sociale Dimension existentielle |
| Pertinence vécue et acceptabilité | Évènements traumatiques vécus par les patients dans le programme (ex. : hospitalisation involontaire) Caractéristiques des patients selon le niveau d'engagement Expérience et satisfaction des patients / cliniciens / gestionnaires dans le programme |

La première (Addington et al., 2005) propose vingt-quatre mesures quantitatives catégorisées en huit domaines de performance pour les services de psychose précoce. Une revue de la littérature a d'abord permis d'identifier soixante mesures de performance. Par la suite, la méthode *Delphi* a été utilisée auprès de vingt experts pour obtenir la

catégorisation proposée. Les huit domaines de performance identifiés sont les suivants : 1) l'acceptabilité, 2) l'accessibilité, 3) l'adéquation, 4) la continuité, 5) l'efficacité, 6) la compétence, 7) l'efficience et 8) la sécurité. Les trois derniers domaines ne faisaient pas partie des effets recherchés dans les éléments *PICOTS* et les effets de ces domaines n'ont pas été relevés lors de l'extraction.

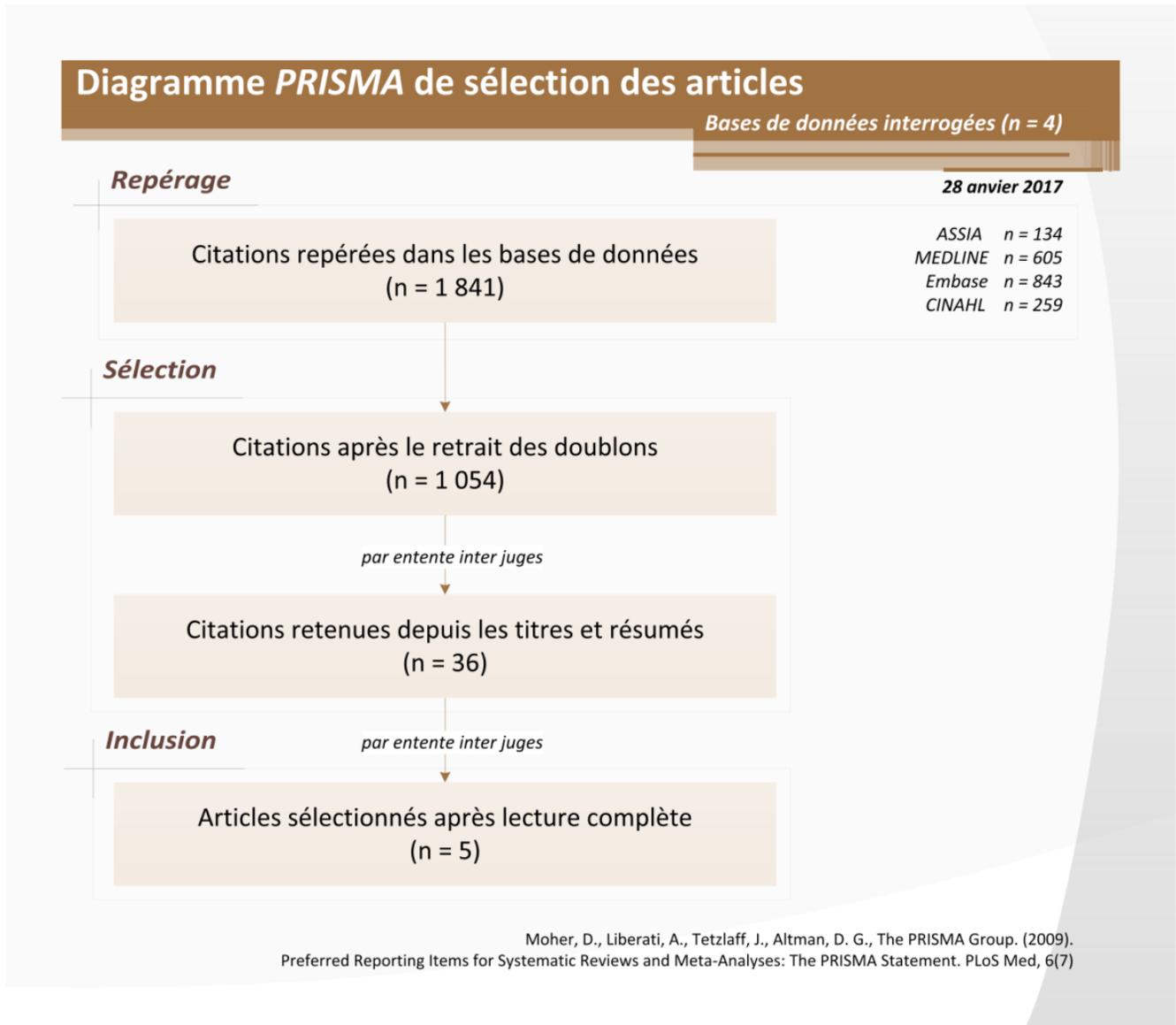
La deuxième (Whitley & Drake, 2010) propose cinq dimensions au rétablissement. La catégorisation inclut les facteurs visés, les intervenants impliqués et les effets mesurables. Ces dimensions sont les suivantes : 1) clinique, 2) existentielle, 3) fonctionnelle, 4) physique et 5) sociale. L'ensemble de ces dimensions est visé par l'extraction.

La troisième, l'échelle *FAME* (The Joanna Briggs Institute, 2005) pour des services de santé basés sur les données probantes a été utilisée. Les quatre concepts centraux du modèle sont les suivants : 1) la faisabilité (la mesure dans laquelle une intervention ou une activité est pratique ou viable dans un contexte ou une situation particulière), 2) l'adéquation (la mesure dans laquelle une intervention ou une activité répond aux besoins dans un contexte ou une situation particulière), 3) la pertinence vécue (la mesure dans laquelle une intervention ou une activité représente une expérience positive pour un individu ou un groupe) et 4) l'efficacité (la mesure dans laquelle une intervention obtient les résultats ou les effets attendus).

4.3. Résultats

La recherche documentaire a couvert la période de janvier 2000 à janvier 2017, puisque le corpus de services d'intervention précoce le plus important se trouve publié durant cette période. Le logigramme de flux *PRISMA* de sélection des articles (Moher, Liberati, Tetzlaff, & Altman, 2009) présenté à la Figure 4.2. détaille le cheminement de la sélection. Les bases *ASSIA*, *Embase*, *MEDLINE* et *CINHAL* ont été interrogées en janvier 2017 et ont permis de repérer 1841 citations. L'application *EndNote* a été utilisée pour effectuer le retrait des doublons, ce qui a conduit à conserver 1054 citations, mais à la lecture des titres et résumés des articles, 36 d'entre elles ont été conservées par l'intermédiaire de l'entente inter juges (AL, MH). La sélection finale par entente inter juges (AL, GAT) a conduit à retenir cinq articles de revues systématiques. Cette méthode a permis d'assurer que les études importantes étaient bel et bien conservées. La liste des études exclues à la lecture des abrégés est présentée à l'Annexe 2..

Figure 4.2. – Diagramme de sélection pour la Question 1



Les études retenues pour la présente revue de revues systématiques sont présentées selon les quatre grandes catégories du cadre d'analyse établies pour les services d'intervention précoce auprès des jeunes ayant des troubles de santé mentale, tel que présenté au Tableau 4.4.. Les modèles, programmes ou services évalués et le nombre d'études primaires des revues systématiques retenues pour la présente revue de revues, ainsi que les mesures de performance sont identifiés. Les objectifs de recherche des articles sélectionnés, un résumé des résultats et les catégories d'effet sont présentés à l'Annexe 3.. De cette revue de revues systématiques, la majorité des études primaires exclues de l'analyse ne portaient pas sur un modèle, programme ou service desservant à la fois les adolescents et les jeunes adultes.

Tableau 4.4. – Mesures de performance selon les modèles, programmes et services

| Catégorie | Revue systématique retenues | Modèles, programmes ou services (nombre d'études primaires répondant à la Q1 / nombre d'études primaires totales retenues par la revue systématique) | Mesures de performance identifiées pour la revue de RS (Q1) |
|-----------------------------------|---------------------------------|--|--|
| Accès | (Lloyd-Evans et al., 2011) | Service d'intervention précoce pour la psychose (5 / 11) | <ul style="list-style-type: none"> • Durée de la psychose non traitée • Nombre de références dans la région • Sévérité des symptômes des patients lors du premier contact (Annexe 5) |
| Rétablissement | (Randall, Sherri, et al., 2015) | Service d'intervention précoce pour la psychose (15 / 15) | <ul style="list-style-type: none"> • Nombre d'hospitalisations • Nombre de jours d'hospitalisation |
| | (G. R. Bond et al., 2015) | Service d'intervention précoce pour la psychose comprenant le soutien à l'emploi (20 / 28) | <ul style="list-style-type: none"> • Taux d'emploi (%) • Taux d'éducation (%) (Annexe 6) |
| Engagement et continuité | s.o. | s.o. | s.o. |
| Pertinence vécue et acceptabilité | (Cooper et al., 2016) | Modèle de collaboration inter agence (7 / 33) | <ul style="list-style-type: none"> • Perspective des patients et intervenants ayant eu l'expérience du modèle. Identification des facteurs facilitants et des obstacles • Résultats aux évaluations du partenariat • Taux de satisfaction des collaborateurs du projet (Annexe 7) |
| | (Gondek et al., 2016) | Modèle de soins centré sur la personne (5 / 23) | <ul style="list-style-type: none"> • Perspective des intervenants et des patients ayant eu l'expérience du modèle • Identification des facteurs inhibant et facilitant (Annexe 7) |

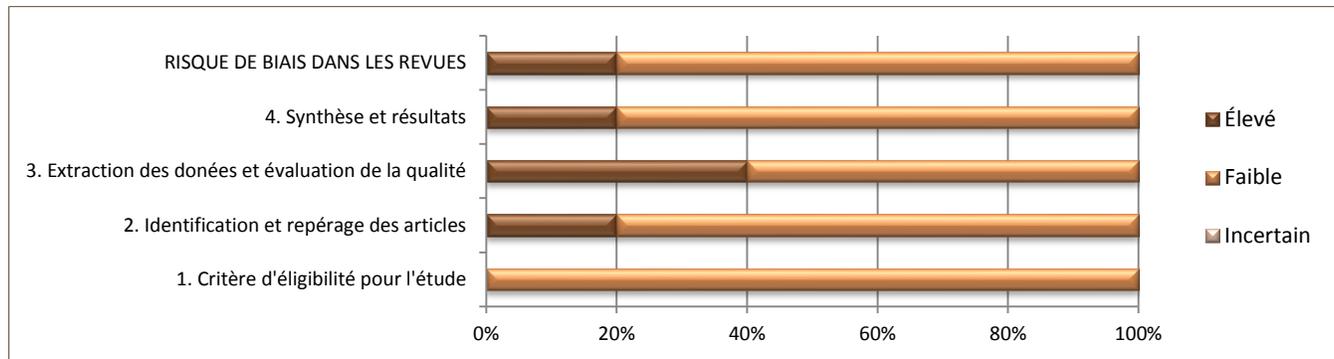
Trois revues systématiques portent sur les services d'intervention précoce pour la psychose. Ces programmes sont construits sur les bases suivantes : modèle de suivi intensif dans la communauté; services conviviaux pour les jeunes (*youth friendly*) ; traitement multidisciplinaire adapté au stade de développement du trouble de santé mentale coordonné par un gestionnaire de cas; accent sur la détection précoce, le rétablissement et la prévention des rechutes; médication à faible dose; intervention psychologique ciblée ; gestion des comorbidités ; engagement de la famille ; accent sur le rétablissement psychosocial (Murphy & Brewer, 2011).

4.3.1. Qualité des études

L'évaluation de la qualité des revues systématiques a été réalisée avec l'outil *ROBIS* (Whiting et al., 2016), lequel permet l'appréciation de la qualité sous quatre catégories de sources de biais : la pertinence des critères d'inclusion et d'exclusion, l'étendue de la recherche documentaire, l'exhaustivité de l'extraction des données et la rigueur de la synthèse. Ces quatre catégories sont résumées par algorithme en une appréciation globale du pourcentage des d'items ayant été jugé à risque de biais élevé et du nombre d'items ayant été jugé à faible risque de biais. L'évaluation de la qualité a été effectuée avec entente inter juges par deux des auteurs (AL, GAT). Il a été estimé que les cinq revues systématiques retenues présentent

vingt pour cent des items à risque biais. Dans, l'ensemble, on peut considérer que ces revues systématiques sont de qualité satisfaisante. Cependant, puisque les cinq revues systématiques retenues évaluent des effets différents, il est important de considérer l'évaluation de la qualité effectuée pour chaque étude (Annexe 4). Le risque de biais global de ces études est présenté dans la Figure 4.3..

Figure 4.3. – Représentation graphique de l'évaluation de la qualité des revues systématiques pour la Question 1 selon l'outil ROBIS



4.3.2. Description des effets

4.3.2.1. Effets des programmes sur l'accès

La durée de la psychose non traitée est une mesure globale pouvant être décomposée en plusieurs segments du parcours d'accès : le délai entre le déclenchement de la maladie et le premier contact, le délai entre le premier contact pour obtenir de l'aide et la référence aux services de santé mentale, le délai entre la référence des services de santé mentale et la référence au programme spécialisé, le délai entre la référence au programme et le diagnostic et, finalement, le délai entre le diagnostic et le traitement.

Une revue systématique a été retenue pour évaluer l'effet des modèles, programmes et services sur l'accès (Lloyd-Evans et al., 2011). Celle-ci vise à évaluer les initiatives prises pour diminuer la durée de la psychose non traitée des patients, une mesure de performance commune pour évaluer l'accès aux services (Addington et al., 2005). Les initiatives d'intérêt visent les patients ayant eu un 1^{er} épisode psychotique, correspondant au stade 2 du modèle de stadification (McGorry, 2007a). Les auteurs ont exclu les études primaires visant les populations à risque de développer une psychose. Les études primaires qui répondaient aux critères de sélection de la présente revue de revues systématiques étaient au nombre de cinq sur un total de onze. Ces études, portant sur le programme du *Early Psychosis Prevention and Intervention Centre (EPPIC)* en Australie (McGorry, Edwards, Mihalopoulos, Harrigan, & Jackson, 1996; Yung, Organ, & Harris, 2003) *TIPS* en Norvège (Johannessen et al., 2001; Melle, Larsen, Haahr, & et al., 2004) et *PEPP* au Canada (A. K. Malla, Norman, & Joober, 2005) sont décrites ci-après. Parmi celles-ci, deux ont évalué l'effet de l'implantation d'un service d'intervention précoce sur le nombre de références aux services spécialisés. Les autres études primaires ont évalué l'effet d'interventions telles que

l'éducation auprès des médecins, l'éducation dans le milieu scolaire et les campagnes massives conjointe aux services d'intervention précoce sur la durée de la psychose non traitée. Les interventions ne faisaient pas partie de la question d'évaluation de la présente revue de revues. Les détails sur les plans d'études utilisés pour évaluer ces programmes sont présentés à l'Annexe 5..

Selon l'analyse de la qualité, le risque de biais est faible dans cette revue systématique. Par contre, la synthèse aurait pu être approfondie afin d'inclure le parcours d'accès aux soins qui influence la durée de la psychose non traitée.

Effets du programme Early Psychosis Prevention and Intervention Centre (EPPIC)

Le programme australien *EPPIC* est un service spécialisé offrant un service dédié aux jeunes vivant un 1^{er} épisode psychotique. Lors de son implantation, le programme visait un accès facilité, comprenant un point de référence clairement établi et la prestation rapide de services. Quelques activités de réseautage et d'éducation auprès des services de la communauté faisaient partie du programme (Lloyd-Evans et al., 2011). Dans la première étude évaluant *EPPIC* (McGorry et al., 1996), cinquante et un usagers de *EPPIC* ont été appariés avec cinquante et un usagers admis aux services de santé mentale traditionnels. Les participants, âgés entre 16 et 30 ans ont été recrutés en 1993 et ont été appariés sur la base de l'âge, du genre, du diagnostic, de l'état civil et du niveau de fonctionnement. La durée de la psychose non traitée moyenne du groupe expérimental (*EPPIC*) a été évaluée comme étant significativement plus élevée que celle du groupe de comparaison (52 comparé à 30 jours). La valeur *p* du test statistique non paramétrique n'est pas rapportée.

Dans une deuxième étude primaire (Yung et al., 2003), le groupe de participants évalué par McGorry et al. (1996) est comparé à un groupe de participants admis aux équipes de santé mentale communautaire sans service d'intervention précoce au cours des trois dernières années. La durée de la psychose non traitée a été estimée moins élevée pour le groupe expérimental (*EPPIC*) que pour le groupe de comparaison (52 comparé à 90 jours). Aucun test statistique n'a été réalisé.

L'évaluation de la qualité effectuée par Lloyd-Evans et al. montre une faiblesse au niveau de la sélection et de l'assignation des participants dans deux études. Selon les auteurs, cette faiblesse peut s'expliquer par le fait que le groupe *EPPIC* était constitué de participants n'ayant jamais reçu de traitement pour la psychose, ce qui contreviendrait aux critères d'admission traditionnels. Le groupe de comparaison de la première étude était constitué de cinquante et un participants appariés sur la base de critères démographiques et cliniques parmi deux cents admissions. Ces derniers risquent de ne pas être représentatifs de la population visée. Le groupe de comparaison de la deuxième étude était constitué de participants toujours suivis par les équipes de santé mentale communautaire. Considérant les défis liés à l'engagement des jeunes dans le traitement, ce groupe comparatif ne représente peut-être pas l'ensemble de la population visée.

Sur cette base, l'implantation du programme *EPPIC* ne semble pas avoir diminué la durée de la psychose non traitée de patients admis pour un 1^{er} épisode psychotique comparativement aux services de santé mentale traditionnels. Étant donné le faible niveau de diffusion du programme au début des années 1990, il est possible que les services de santé mentale

traditionnels aient été la porte d'accès privilégiée des participants à cette époque. Notons qu'à la fin des années 1990, *EPPIC* a fait l'objet d'une campagne multimodale : équipes d'évaluation mobiles offrant un programme d'éducation de douze sessions offertes dans six écoles, vidéo éducatif distribué à trois cents médecins de famille et trois ateliers de travail sur la psychose donnés à plus de quatre-vingt-dix médecins de famille. Les effets de cette campagne multimodale ont été évalués pendant un an (Krstev et al., 2004). Malgré la diffusion du service, la durée de la psychose non traitée des participants du groupe *EPPIC* ($n = 40$) n'a pas diminué et est restée stable (50 jours). Krstev et al. suggèrent que la campagne de sensibilisation a permis d'identifier des patients avec une longue durée de la psychose non traitée qui, sans le programme et la campagne de sensibilisation, ne seraient jamais entrés en contact avec le service. Selon Lloyd Evans, cette hypothèse demeure non prouvée et va à l'encontre des résultats observés dans les autres programmes (*TIPS* et *PEPP*). Les résultats de la première étude primaire sur *EPPIC* (McGorry et al., 1996) n'impliqueraient donc pas que le programme nuise à la durée de la psychose non traitée, mais dénote plutôt un problème d'accès au programme.

Effets du programme Early Treatment and Intervention in First Episode Psychosis (TIPS) sur la durée de la psychose non traitée

Le programme *TIPS*, acronyme norvégien pour détection et traitement précoce, est un service spécialisé visant les personnes vivant un 1^{er} épisode psychotique n'ayant jamais eu de traitement pharmacologique (< 12 semaines). Le programme *TIPS* ne semble pas avoir limité l'âge d'accès au programme, puisque les participants étaient âgés de 15 à 65 ans. Contrairement aux services d'intervention précoce traditionnels, l'équipe *TIPS* se concentre principalement sur l'accès au traitement spécialisé. Les activités décrites dans la revue systématique de Lloyd Evans et al. incluent la création d'un service d'intervention précoce dans l'offre de services, des brochures livrées à plus de cent dix mille maisons, de la publicité dans les journaux, la radio, la télévision et au cinéma. De plus, l'équipe *TIPS* a effectué plusieurs visites dans les écoles. Ce programme comprenait de l'éducation sur l'identification des symptômes et sur les procédures d'accès aux services. Des séminaires de trois à quatre heures étaient offerts aux professionnels de la santé et des lettres de suivi ont été expédiées aux médecins de famille.

Trois études primaires ont évalué l'effet de *TIPS* sur la durée de la psychose non traitée comparativement aux services de santé mentale traditionnels. Les plans d'études utilisés comprennent une étude avant-après (Johannessen et al., 2001), un essai non randomisé (Melle et al., 2004) une comparaison entre deux groupes (Joa et al., 2008). Une réduction significative de la durée de la psychose non traitée avec *TIPS* a été rapportée dans ces études. La durée de la psychose non traitée médiane rapportée dans ces trois études est respectivement de 5 comparé à 26 semaines (différence de la moyenne ($p = 0.005$) (Johannessen et al., 2001), de 5 comparé à 16 semaines ($p = 0.003$) (Melle et al., 2004) et de 5 comparé à 15 semaines (Joa et al., 2008).

La qualité de ces trois études primaires a été évaluée de faible à modérée dans la revue systématique de Lloyd-Evans et al.. Selon les auteurs, les critères de sélection contreviennent aux critères d'admission traditionnels. Notamment, les

participants doivent pouvoir parler scandinave et n'avoir jamais reçu de traitement préalable pour psychose. La différence entre les groupes n'a pas été prise en compte dans l'analyse de ces trois études primaires. Les taux de suivis sont faibles : 53 sur 100 (Melle et al., 2004) et 281 sur 380 patients (Joa et al., 2008). Malgré les faiblesses observées, les résultats de ces études reposant sur des devis différents et des échantillons différents convergent vers une diminution significative de la durée de la maladie non traitée avec *TIPS*.

Effets du programme Prevention and Early Intervention Program for Psychosis (PEPP) sur la durée de la psychose non traitée

Le programme *PEPP* est un programme spécialisé visant les jeunes ayant reçu un diagnostic de psychose sans symptômes thymiques. Ce programme comprend une campagne de sensibilisation multimodale auprès de médecins de famille (lettres et appels téléphoniques), de conseillers scolaires (rencontres mensuelles, affiches, dépliants, publicités à la télévision et au cinéma). Cette campagne se concentrait sur la reconnaissance des symptômes, les bénéfices du traitement précoce et la procédure d'accès programme *PEPP*.

Une étude a évalué l'impact de *PEPP* sur la durée de la psychose non traitée (A. K. Malla et al., 2005). Les auteurs ont effectué une comparaison rétrospective entre un groupe recevant *PEPP* (n = 84) et un groupe recevant les services d'intervention précoce existants avant l'implantation de *PEPP* (n = 85). Les participants étaient âgés de 16 à 50 ans. Aucune différence significative n'a été rapportée pour la durée de la psychose non traitée, celle groupe *PEPP* étant légèrement plus élevée (24 comparé à 22 semaines). Par contre, il y a plus de valeurs extrêmes dans la durée de la psychose non traitée du groupe *PEPP*, car il y a plus de patients avec une courte durée de la psychose non traitée (< 12 semaines) et de patients avec une longue durée de la psychose non traitée (> 2 ans) dans le groupe *PEPP*. Aucun test statistique n'a été rapporté. L'implantation de programme *PEPP* ne semble pas avoir eu d'incidence sur la durée de la psychose non traitée. La qualité de cette étude a été évaluée à un niveau élevé. Le taux de suivi était de 169 sur 188 patients, ce qui est considéré comme bon.

Effets des programmes TIPS et PEPP sur le nombre de références dans la région

Aucune des études n'a observé une augmentation du nombre de participants ayant un 1^{er} épisode psychotique référés aux services d'intervention précoce *TIPS* et *PEPP* : une incidence de 50 : 100 000 comparé à 66 : 100 000 personnes est rapportée pour *TIPS* (Melle et al., 2004) et une incidence de 27.5 : 100 000 comparé à 26 : 100 000 personnes est rapportée pour *PEPP* (A. K. Malla et al., 2005). Aucun test statistique n'a été effectué pour ces deux programmes.

Effets des services d'intervention précoce sur la sévérité des symptômes lors du premier contact des patients ayant un 1^{er} épisode psychotique

Dans deux études, les participants provenant de régions dans lesquelles le service d'intervention précoce comprenait une campagne multimodale avaient des symptômes significativement moins sévères que ceux provenant de région n'ayant pas

fait l'objet de campagne multimodale (Johannessen et al., 2001; Melle et al., 2004) et de *EPPIC* (Krstev et al., 2004). Par contre, aucune différence significative n'a été observée pour le programme *PEPP*, où des symptômes plus sévères ont été observés (A. Malla, Norman, Scholten, Manchanda, & McLean, 2005). Ces résultats n'ont pas été interprétés dans la revue systématique de Lloyd-Evans et al..

Synthèse et analyse

Peu d'études ont été réalisées sur l'impact de la configuration des services d'intervention précoce sur la durée de la psychose non traitée. La majorité de ces études ont utilisé un plan de comparaison historique et des faiblesses ont été observées au niveau de la sélection et l'assignation des participants. Les données scientifiques divergent : une plus grande durée de psychose non traitée a été observée pour le programme *EPPIC* (McGorry et al., 1996; Yung et al., 2003) comparativement aux services traditionnels, alors qu'une durée de psychose non traitée plus basse a été observée pour le programme *TIPS* (Johannessen et al., 2001; Melle et al., 2004). Aucune différence significative n'a été observée pour le programme *PEPP* comparativement aux services d'intervention précoce, sans initiatives de détection précoce. Les résultats des programmes sur la durée de la psychose non traitée observés dans la revue systématique de Lloyd-Evans et al. sont donc peu concluants. Si l'on considère d'autres mesures d'accès, telles que la sévérité des symptômes des participants vivant un 1^{er} épisode psychotique lors du premier contact comme indicateur d'accès, on constate que les services d'intervention précoce semblent réussir à intervenir plus précocement dans certains programmes. Étant donné le peu d'études relevées dans les revues systématiques, les faiblesses observées dans les devis et la divergence des résultats, la preuve scientifique est non établie pour le développement de services d'intervention précoce seul pour améliorer l'accès. Un changement dans la structuration des services, tel que l'implantation d'un service d'intervention précoce, semble insuffisant pour diminuer la durée de la psychose non traitée. Selon Lloyd-Evans et al., le programme doit intégrer une campagne multimodale afin de diminuer significativement la durée de la psychose non traitée. La campagne multimodale intégrée à ces programmes pourrait expliquer en partie ces résultats. Par ailleurs, le programme *EPPIC* n'a pas fait l'objet d'une campagne multimodale à ses débuts, ce qui pourrait expliquer ses résultats non favorables. Lorsque le programme *EPPIC* incluant une campagne multimodale massive (n = 40) a été comparé avec les services d'intervention précoce sans campagne multimodale (n = 58), la durée de la psychose non traitée médiane était en faveur du groupe recevant *EPPIC* (50 comparé à 104 jours). Cependant, aucune différence significative n'a été observée (Krstev et al., 2004).

Lloyd-Evans et al. attribuent le succès de *TIPS* comparativement à *EPPIC* et *PEPP* à une plus grande intensité de la campagne. En plus d'initiatives visant les professionnels de la santé, une campagne médiatique *TIPS* a été lancée afin de joindre le grand public. Cette campagne a mis davantage d'accent sur la recherche d'aide et un changement d'attitude par rapport à la psychose, allant ainsi au-delà de l'éducation sur les symptômes et les services disponibles.

La revue systématique de Lloyd-Evans et al. comprenait une première génération d'études sur le développement des services d'intervention précoce. Les auteurs soulignent la pauvreté de la recherche dans trois secteurs, à savoir : 1) les

initiatives centrées sur les jeunes⁴ ; 2) les initiatives dirigées vers des professionnels de la communauté qui n'œuvrent pas nécessairement en santé ; 3) les initiatives visant les personnes à risque de troubles de santé mentale ou en phase prodromique. Depuis la publication de la revue systématique des auteurs en 2011, de nouvelles initiatives centrées sur les jeunes sont apparues : *Headspace* en Australie et *ACCESS* (Adolescents/jeunes adultes, Contact, Communauté, Engageants, Sans délai, Sans stigmatisation) au Canada, notamment. Ces programmes de santé mentale pour les jeunes utilisent une approche concertée avec la communauté afin d'améliorer l'accès aux services de santé mentale, incluant les programmes spécialisés en psychose. Ils ne font pas partie des programmes de traitements spécialisés, mais sont reliés entre eux au sein du continuum de services. Des initiatives visant le parcours d'accès pourraient également avoir une influence sur la durée de la maladie non traitée. Des interventions visant les jeunes ayant une durée de psychose non traitée très longue devraient également être étudiées.

Pour l'ensemble des études primaires retenues dans la revue systématique de Lloyd Evans et al., la durée de la psychose non traitée moyenne est beaucoup plus élevée que la durée médiane, ce qui reflète la présence de valeurs extrêmes. Des initiatives visant spécifiquement les jeunes ayant une durée de maladie très longue pourraient permettre de mieux cibler la détection précoce. Étant donné les limites des services d'intervention précoce sur la durée de la psychose non traitée, des initiatives visant le parcours d'accès des jeunes ayant des troubles de santé mentale pourraient être plus prometteuses. Ces initiatives n'ont pas été relevées par la revue systématique de Lloyd-Evans et al..

4.3.2.2. Effets des programmes sur l'engagement et la continuité

Aucune revue systématique portant sur les effets des programmes n'a été identifiée.

4.3.2.3. Effets des programmes sur le rétablissement

Deux revues systématiques portant sur l'efficacité des services d'intervention précoce pour le traitement de la psychose ont été identifiées (G. R. Bond et al., 2015; Randall, Vokey, et al., 2015). Ces études portent sur le rétablissement clinique et le rétablissement fonctionnel. D'une part, les effets des services d'intervention précoce pour le traitement de la psychose sur l'utilisation des services d'hospitalisation ont été étudiés dans une revue systématique (Randall, Vokey, et al., 2015). D'autre part, les effets des services d'intervention précoce, avec ou sans soutien à l'emploi, sur l'emploi et l'éducation ont été étudiés dans une autre revue systématique (G. R. Bond et al., 2015).

Rétablissement clinique : diminution de l'utilisation de services d'hospitalisation

Les services d'intervention précoce visaient à stabiliser l'état mental des participants et à prévenir les rechutes. En plus des indicateurs cliniques traditionnellement utilisés, l'hospitalisation et la ré hospitalisation des patients peuvent être considérés comme des indicateurs du rétablissement clinique, tel qu'identifié par Whitley et al. (2010). Dans la revue systématique portant sur l'utilisation de services d'hospitalisation (Randall, Vokey, et al., 2015), les auteurs ont évalué les

⁴ *Youth focused*

services d'intervention précoce basés sur les programmes de suivi intensif dans le milieu (SIM⁵). Les services d'intervention précoce évalués comprenaient une équipe multidisciplinaire spécialisée utilisant la gestion de cas intensive dans le traitement de la psychose. Chaque intervenant a une charge de patients réduite et la coordination du traitement est effectuée par un clinicien. L'accent est placé sur le maintien de l'engagement et l'observance au traitement. Les programmes ayant fait l'objet d'une évaluation avec un groupe de comparaison ont été inclus dans la revue systématique. L'ensemble des études primaires, à savoir quinze sur quinze, de cette revue systématique répondaient aux critères de sélection de la présente revue de revues systématiques. La majorité des études primaires ont utilisé des cohortes avec groupe de comparaison rétrospectif comme plan d'étude, mais trois essais randomisés ont été identifiés. Dans l'ensemble, il s'agit d'études portant notamment sur *OPUS* au Danemark (Bertelsen, Jeppesen, Petersen, Thorup, et al., 2008) ; *LEO* en Angleterre (Craig et al., 2004) et un programme norvégien (Grawe, Falloon, Widen, & Skogvoll, 2006). Les autres programmes étudiés incluent, *Programma 2000* en Italie (Cocchi, Mapelli, Meneghelli, & Preti, 2011), *Parachute* en Suède (Cullberg, Levander, Holmqvist, Mattsson, & Wieselgren, 2002) *PEPP* au Canada (K. Goldberg, Norman, & Hoch, 2006), *PEP* en Australie (Petrakis, Penno, Oxley, Bloom, & Castle, 2012), *Early Treatment and Home-based Outreach Service (ETHOS)* en Angleterre (Singh et al., 2007) et le *Early Assessment Service for Young People with Psychosis (EASY)* à Hong Kong (Chen, Tang, & Hui, 2011). Les effets des services d'intervention précoce sur l'utilisation des services d'hospitalisation ont été analysés individuellement et ont fait l'objet d'une méta-analyse. Une diminution du recours à l'hospitalisation a été observée dans l'ensemble des études (Tableau 4.5. et Tableau 4.6.). Cependant, la différence est non significative pour les trois études ayant fait l'objet d'un essai randomisé contrôlé (Bertelsen, Jeppesen, Petersen, Thorup, et al., 2008; Craig et al., 2004; Grawe et al., 2006), mais significative pour les deux études ayant analysé des groupes appariés rétrospectifs (Chen et al., 2011; McGorry et al., 1996), dont l'étude de *EASY* qui comprenait plus de mille quatre cents participants.

⁵ Traduction de *ACT : Assertive Community Treatment*

Tableau 4.5. – Rétablissement clinique – nombre d’hospitalisations

| Étude | Devis | Taille de l'échantillon | Durée de l'étude | Résultats |
|--|---|-------------------------|------------------|------------------------------|
| (Bertelsen, Jeppesen, Petersen, Thorup, et al., 2008) | Essai randomisé contrôlé | n = 547 | 5 ans | Différence non significative |
| (Craig et al., 2004) | Essai randomisé contrôlé | n = 136 | 18 mois | Différence non significative |
| (Grawe et al., 2006) | Essai randomisé contrôlé | n = 50 | 2 ans | Différence non significative |
| (McGorry et al., 1996) | Groupes appariés rétrospectifs | n = 102 | 12 mois | Différence significative |
| (Chen et al., 2011) | Groupes appariés rétrospectifs | n = 1400 | 3 ans | Différence significative |
| (Agius, Shah, Ramkisson, Murphy, & Zaman, 2007) | Cohorte | n = 124 | 6 ans | Différence significative |
| (Cullberg et al., 2002) | Cohorte avec groupe contrôle rétrospectif | n = 291 | 1 an | Différence significative |
| (Singh et al., 2007) | Cohorte | n = 353 | 1 an | Différence non significative |
| (David Fowler et al., 2009) | Groupes comparatifs rétrospectifs | n = 184 | 2 ans | Différence significative |
| (Petrakis et al., 2012) | Groupes comparatifs rétrospectifs | n = 114 | 2 ans | Différence significative |
| (Bodén, Sundström, Lindström, Wieselgren, & Lindström, 2010) | Groupes comparatifs rétrospectifs | n = 139 | 5 ans | Différence non significative |
| (K. Goldberg et al., 2006) | Groupes comparatifs rétrospectifs | n = 305 | 2 ans | Différence non significative |
| (Sanbrook, Harris, Parada, & Young, 2003) | Groupes comparatifs rétrospectifs | n = 40 | 6 mois | Différence non significative |

Note 1 : Une diminution du nombre d'hospitalisations est rapportée dans l'ensemble des études (13 / 13). Résultat méta-analyse : OR = 0.33 (0.33, 0.63)

Tableau 4.6. – Rétablissement clinique – nombre de jours d’hospitalisation

| Étude | Devis | Taille de l'échantillon | Durée de l'étude | Résultats |
|-----------------------------|-----------------------------------|-------------------------|------------------|------------------------------|
| (Bertelsen et al., 2008) | Essai randomisé contrôlé | n = 547 | 5 ans | Différence non significative |
| (Craig et al., 2004) | Essai randomisé contrôlé | n = 134 | 18 mois | Différence non significative |
| (McGorry et al., 1996) | Groupes appariés rétrospectifs | n = 102 | 12 mois | Différence significative |
| (Chen et al., 2011) | Groupes appariés rétrospectifs | n = 1400 | 3 ans | Différence significative |
| (Agius et al., 2007) | Cohorte | n = 124 | 6 ans | Différence non significative |
| (Cocchi et al., 2011) | Cohorte | n = 46 | 5 ans | Différence non significative |
| (Dodgson et al., 2008) | Groupes comparatifs rétrospectifs | n = 210.7 | 3 ans | Différence significative |
| (David Fowler et al., 2009) | Groupes comparatifs rétrospectifs | n = 184 | 2 ans | Différence significative |
| (Petrakis et al., 2012) | Groupes comparatifs rétrospectifs | n = 114 | 2 ans | Différence significative |
| (Bodén et al., 2010) | Groupes comparatifs rétrospectifs | n = 139 | 5 ans | Différence significative |
| (K. Goldberg et al., 2006) | Groupes comparatifs rétrospectifs | n = 305 | 2 ans | Différence non significative |

Note 1 : Une diminution du nombre de jours d’hospitalisation a été rapportée dans l’ensemble des études (10 sur 10).
 Résultat méta-analyse: différence moyenne normalisée = -0.38 (-0.53, -0.24)

La méta-analyse des données de treize études primaires (Tableau 4.5.) effectuée par Randall et al. montre une diminution significative du risque d’être hospitalisé au moins une fois durant la période de suivi pour les participants des services d’intervention précoce (OR = 0.33; 95% IC = 0.18-0.63; p = 0.0007). Quant aux nombre de jours d’hospitalisation, la méta-analyse des résultats de onze études primaires (Tableau 4.6.) montre une diminution significative en faveur des services d’intervention précoce (Différence des moyennes standardisées = -0.38; 95% IC = -0.53—0.24). Par contre, les échantillons randomisés contrôlés n’ont observé aucune différence significative (Bertelsen, Jeppesen, Petersen, Thorup, et al., 2008; Craig et al., 2004; Grawe et al., 2006).

Une analyse de sensibilité a permis de contrôler les biais identifiés dans l’interprétation des résultats en incluant et en excluant les études ayant des résultats hétérogènes de la méta-analyse. Des effets positifs beaucoup plus grands que dans les autres études ont été observés dans trois études (Chen et al., 2011; Cullberg et al., 2002; David Fowler et al., 2009). D’autres études avaient un taux d’admission pour hospitalisation dans un des groupes extrêmement large comparativement aux autres études. Dans tous les scénarios, les méta-analyses effectuées par Randall et al. supportent une

relation significative en faveur des services d'intervention précoce. L'analyse avec graphique en entonnoir a détecté la présence potentielle d'un biais de publication pour le nombre d'hospitalisations en faveur des services d'intervention précoce. Cependant, aucun biais de publication n'a été identifié pour le nombre de jours d'hospitalisation.

Sur cette base, les services d'intervention précoce semblent diminuer le recours à l'hospitalisation. La preuve scientifique est prometteuse. Il fut impossible d'identifier les composantes du programme ayant eu le plus d'effet sur l'utilisation des services d'hospitalisation. Les auteurs suggèrent que la variation dans l'intensité des services d'intervention précoce a permis de diminuer ce recours en améliorant l'engagement au traitement des patients et la continuité des soins dans la communauté. Cependant, il est proposé que la disponibilité des services dans la communauté contribue à diminuer le besoin de recourir aux services d'hospitalisation (Randall, Vokey, et al., 2015).

Rétablissement fonctionnel : emploi et éducation

L'émergence d'un trouble de santé mentale lors de la transition vers l'âge adulte peut causer une rupture dans le parcours scolaire et le parcours d'emploi du jeune, en partie due aux longues périodes de traitement et d'inactivité nécessaire pour stabiliser le patient et prévenir des rechutes (Bassett, Lloyd, & Bassett, 2001). Ainsi, des programmes de soutien professionnel à l'emploi, tel qu'IPS (*Individualised Placement Support*) ont été intégrés dans plusieurs services d'intervention précoce pour la psychose.

Dans la revue systématique portant sur l'effet des services d'intervention précoce pour le traitement de la psychose sur l'emploi et l'éducation, l'intégration de programme de soutien professionnel à l'emploi a été évaluée (G. R. Bond et al., 2015). Les deux hypothèses émises par les auteurs sont les suivantes : 1) les groupes recevant le soutien à l'emploi basé sur des données probantes obtiennent de meilleurs résultats sur l'emploi comparativement aux groupes recevant les services traditionnels et 2) la participation au soutien à l'emploi augmente les taux d'inscription aux programmes d'études. La majorité des études primaires sélectionnées, à savoir vingt sur vingt-huit, répondaient aux critères de sélection de la présente revue de revues systématiques. Parmi les vingt études primaires retenues, huit portaient sur des services d'intervention précoce, incluant le soutien à l'emploi de type IPS, trois portaient sur les services d'intervention précoce, incluant un soutien professionnel non standardisé, et huit portaient sur des services d'intervention précoce sans composantes de soutien professionnel identifié. Les résultats sont présentés à l'Annexe 6. Bien que la revue systématique de Bond et al. référait principalement aux jeunes adultes, elle n'excluait pas les adolescents (Agius et al., 2007; Kelly, Wellman, & Sin, 2009; E. Killackey, Jackson, & McGorry, 2008; Major et al., 2010; Mihalopoulos, Harris, Henry, Harrigan, & McGorry, 2009; Porteous & Waghorn, 2007, 2009; Rinaldi et al., 2004).

Les services d'intervention précoce, sans aucune forme de soutien à l'emploi ont eu un effet positif sur le rétablissement fonctionnel (taux d'emploi et / ou du taux de poursuite des études) dans cinq études sur six comprenant un groupe de comparaison, dont trois rapportant une différence significative (Agius et al., 2007; Eack, Hogarty, Greenwald, Hogarty, &

Keshavan, 2011; Mihalopoulos et al., 2009). Cependant, ces dernières ont des petits échantillons de moins de 40 participants et Bond et al. rapportent plusieurs faiblesses méthodologiques dans ces études. Étant donné la variété des mesures utilisées (p. ex. emploi et / ou éducation), Bond et al. n'ont pas pu effectuer de méta-analyse pour ce type de programme. Cela dit, les données scientifiques semblent converger vers une amélioration du rétablissement fonctionnel, les services d'intervention précoce sans aucune forme de soutien à l'emploi sont prometteurs.

Plusieurs services d'intervention précoce pour la psychose intègrent une forme de soutien professionnel à l'emploi, notamment le programme IPS : huit études ont été repérées pour les services comprenant le soutien à l'emploi de type IPS et trois études comprenant une forme de soutien à l'emploi non standardisée.

L'intégration du soutien à l'emploi de type IPS dans les services d'intervention précoce augmenterait significativement le taux d'emploi comparativement aux services d'intervention précoce n'ayant pas de soutien à l'emploi. L'ensemble des études recensées par Bond et al. a rapporté des résultats en faveur de ces services pour l'ensemble des études, avec des différences significatives observées dans les trois études comprenant un groupe de comparaison (E. Killackey et al., 2008; E. J. Killackey et al., 2012; Major et al., 2010). Le taux d'emploi varierait de 36 % à 72 % dans les groupes recevant le soutien à l'emploi comparativement à 10 % à 48 % dans les groupes de comparaison. Bond et al. rapportent un taux d'emploi de 49 % pour le groupe soutien à l'emploi comparativement à 29 % pour les groupes de contrôle ($p < 0.0001$) dans une agrégation⁶ des données de huit études primaires. Une augmentation du taux d'emploi de 41 % pour le groupe soutien à l'emploi comparé à 17 % pour le groupe contrôle (taille d'effet = 0.54) est observée. Bond et al. rapportent une différence significative (OR = 3.66 (1.93-6.93); $p < 0.0001$) dans la méta-analyse⁷ des données de quatre études primaires comprenant un groupe de comparaison. Une augmentation significative du taux d'emploi (OR = 4.97 (1.53-16.22); $p < 0.008$) est observée dans la même méta-analyse. Les résultats de ces analyses soutiennent la première hypothèse de la revue systématique de Bond et al.: l'intégration du soutien à l'emploi de type IPS aux services d'intervention précoce semble favoriser le taux d'emploi chez les jeunes ayant des troubles psychotiques. Par ailleurs, l'obtention d'un emploi compétitif pouvait être un critère d'admission au programme (Birchwood & Fiorillo, 2000; Porteous & Waghorn, 2007, 2009; Rinaldi et al., 2004), introduisant ainsi un biais de sélection aux résultats de la revue systématique de Bond et al.. Les données scientifiques convergent, l'intégration de IPS dans les services d'intervention précoce pour la psychose s'avère prometteur pour augmenter le taux d'emploi chez les jeunes. La preuve scientifique est plus élevée que pour les services d'intervention précoce seuls. Bond et al. (2015) avancent que l'effet d'intégrer IPS dans les services d'intervention précoce est plus grand que l'effet d'intégrer un service d'intervention précoce seul, comparativement aux services traditionnels. Plus d'études doivent être réalisées pour soutenir cette hypothèse.

⁶ Cette agrégation des données comprend les études de Rinaldi et al. (2010), Porteous et al. (2007), Porteous et al. (2009), Major et al. (2009), Killackey et al. (2008), Killackey et al. (2012), Rinaldi et al. (2004), Nuechtelein et al. (n.d.). Les deux dernières études portaient exclusivement sur les jeunes adultes.

⁷ Cette méta-analyse comprend les études de Major et al. (2010), Killackey et al. (2008), Killackey et al. (2012) et (Nuechterlein et al., ?). La dernière étude porte exclusivement sur les jeunes adultes (Nuechterlein et al., ?).

Bond et al. observent que les effets du programme IPS sont moindres chez les jeunes comparativement aux adultes (49 % comparé à 59 %) (D. J. Bond, Hadjipavlou, Lam, McIntyre, Beaulieu, Schaffer, Weiss, & Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments Task Force, 2012). Ils proposent trois explications, à savoir : 1) le soutien à l'emploi aurait moins d'effet sur les jeunes ayant un début de psychose précoce, 2) les jeunes prioriseraient l'éducation par rapport à l'emploi et 3) la durée de suivi serait insuffisante pour observer des résultats ou le programme développé n'est pas fidèle au modèle IPS. Cependant, aucune information n'est fournie dans la revue systématique de Bond et al. quant à la durée des programmes des services d'intervention précoce pour le traitement de la psychose et le moment où le soutien à l'emploi a été offert. La première explication semble peu probable, étant donné que la synthèse quantitative de quatre études montre que les jeunes adultes peuvent bénéficier de programme IPS autant que les adultes plus âgés, sinon plus (G. R. Bond et al., 2015).

L'intégration du soutien de type IPS aux services d'intervention précoce ne semble pas avoir d'effet sur la poursuite des études. Trois études de cohorte avant-après (Porteous & Waghorn, 2007, 2009; Rinaldi, Perkins, McNeil, Hickman, & Singh, 2010) sur trois ont observé une augmentation du taux de poursuite des études avec les services d'intervention précoce intégrant IPS. Cependant, une étude comprenant un groupe de comparaison (Major et al., 2010) sur trois a observé un taux de poursuite des études plus élevé avec le groupe contrôle, qui ne recevait pas le programme IPS. Un taux d'inscription à un programme éducatif variant de 13 % à 54 % est observé pour les groupes recevant le soutien à l'emploi comparativement à des taux allant de 24 % à 41 % pour les groupes de comparaison. La différence entre les deux groupes est non significative dans l'agrégation⁸ des données effectuée par Bond et al.. Une augmentation du taux d'inscription à un programme éducatif de 11 % pour le groupe recevant le soutien à l'emploi comparé à 15 % pour le groupe contrôle est observée dans la même agrégation des données. La méta-analyse⁹ des données des études primaires ne permet pas de démontrer une relation significative entre l'intégration du soutien de type IPS aux services d'intervention précoce et le taux d'inscription à un programme éducatif (OR = 1.39 (0.86-2.24), $p = 0.17$). Les résultats de ces analyses ne soutiennent pas la deuxième hypothèse de Bond et al. : l'intégration du soutien à l'emploi de type IPS aux services d'intervention précoce ne semble donc pas influencer le taux d'inscription à un programme éducatif chez les jeunes ayant des troubles psychotiques. L'effet des services d'intervention précoce comprenant IPS sur la poursuite des études est non établi.

L'effet des services d'intervention précoce intégrant un soutien professionnel à l'emploi non standardisé sur le rétablissement fonctionnel n'a été étudié que dans trois études primaires comprenant de petits échantillons. Les études primaires identifiées dans la revue systématique de Bond et al. combinent le taux d'emploi et le taux d'inscription à un programme éducatif en une mesure. Une augmentation du taux de 47 % à 70 % suite à l'entrée dans le programme est observée dans une étude canadienne (Abdel-Baki, Létourneau, Morin, & Ng, 2013). Dans une étude anglaise, un taux de 57 % est observé (Kelly et al., 2009). Une différence significative en faveur du groupe recevant un soutien professionnel non standardisé (49 % comparé à 29 % ; $p < 0.05$) est observé dans une autre étude anglaise (Garety et al., 2006). Étant donné le

⁸ Voir note 6

⁹ Voir note 7

peu d'études recensées dans la présente revue de revues systématiques, la preuve est insuffisante pour conclure, et l'effet des services d'intervention précoce comprenant un soutien à l'emploi non standardisé est non établi.

Synthèse et analyse

La revue systématique n'a permis de couvrir que deux des cinq dimensions du rétablissement (Whitley & Drake, 2010). Le rétablissement clinique a été couvert par une revue systématique portant sur l'utilisation des services hospitaliers (Randall, Vokey, et al., 2015). Aucune revue systématique portant sur les effets des services d'intervention précoce sur d'autres indicateurs cliniques n'a été repérée. Quoique le recours aux services hospitaliers soit un indicateur reconnu pour le rétablissement clinique (Whitley & Drake, 2010), il est difficile de conclure sur le rétablissement clinique sur la base d'un seul indicateur. Il s'agit néanmoins d'un bon indicateur de rémission. Le rétablissement fonctionnel a été couvert par une revue systématique portant sur l'emploi et l'éducation (G. R. Bond et al., 2015). Aucune revue systématique n'a été repérée pour le rétablissement physique, le rétablissement social et le rétablissement existentiel. Les deux revues systématiques retenues visaient les populations ayant eu un 1^{er} épisode psychotique.

Les données scientifiques convergent vers une diminution des hospitalisations et une augmentation du taux d'emploi avec les services d'intervention précoce pour la psychose. La preuve scientifique est prometteuse. Les services d'intervention précoce intégrant le modèle de soutien à l'emploi IPS obtiendraient des taux d'emploi supérieurs aux services d'intervention précoce sans aucune forme de soutien à l'emploi. La preuve scientifique est encore plus prometteuse pour ces programmes. Pour la poursuite des études, la preuve scientifique demeure non établie.

Basés sur les indices de performance évalués dans la présente revue de revues systématiques, les services d'intervention précoce sont prometteurs pour le rétablissement du jeune vivant avec un trouble psychotique. Ces modèles pourraient être adaptés à d'autres troubles de santé mentale, notamment les troubles bipolaires.

Les dimensions du rétablissement physique, social et existentiel doivent être étudiées avant de pouvoir conclure sur l'efficacité de ces services. L'étude d'indicateurs de performance supplémentaires pour le rétablissement clinique et fonctionnel permettrait d'établir la preuve scientifique. Par exemple, l'étude de la stabilité d'emploi et le délai entre le début de la recherche d'emploi et l'obtention d'emploi permettraient d'approfondir les connaissances.

Les auteurs ont été surpris d'avoir trouvé si peu de résultats sur l'éducation, étant donné son importance pour les jeunes. La recherche devrait porter plus d'attention à cette mesure de fonctionnement. Les auteurs recommandent l'intégration du modèle IPS ainsi que le développement du soutien à l'éducation dans les services d'intervention précoce. Notons que la recherche documentaire de Bond et al. s'est limitée aux données du domaine de la santé et les auteurs n'ont pas consulté de bases de données du domaine de l'éducation, telles que *ERIC*. Des programmes, modèles ou services existants pour

soutenir les jeunes ayant des troubles de santé mentale avec leur éducation n'ont peut-être pas été relevés, en raison d'un manque de pertinence et d'exhaustivité de la recherche documentaire réalisée par les auteurs.

4.3.2.4. Effets des programmes sur la pertinence vécue et l'acceptabilité

La pertinence vécue et l'acceptabilité du modèle de collaboration inter agence et du modèle de soins centré sur la personne ont été évalués (Cooper et al., 2016) et de (Gondek et al., 2016). Les études primaires sélectionnées dans ces revues systématiques ont pour la majorité un plan d'étude qualitatif. Ces études analysent les perspectives des participants et de leur famille, ainsi que celle des intervenants et des gestionnaires ayant expérimenté le programme. Ces revues ont identifié les facteurs facilitants et contraignants liés à la satisfaction, l'acceptabilité et la pertinence vécue du modèle de collaboration inter agences et du modèle de soins centrés sur la personne.

Modèle de collaboration inter agence

Les modèles collaboratifs renvoient à la nécessité pour différents prestataires de soins et de services indépendants de collaborer et de communiquer entre eux afin de répondre aux besoins globaux des usagers (Flexhaug, Noyes, & Phillips, 2012). Ces modèles se structurent suivant diverses approches. Au plus faible niveau d'intégration des services, l'approche de colocation implique un espace partagé avec des services distincts, lesquels interviennent en collaboration. Les plans de services demeurent indépendants tout en incluant des références aux autres services en colocation. Les modèles de services partagés sont généralement dispensés en 1^{re} ligne où le gestionnaire de services fait le suivi et l'évaluation des réponses et de l'observance au traitement. Ces services sont souvent structurés avec une équipe mobile en santé mentale qui fait le lien avec le médecin de 1^{re} ligne et offre des services d'éducation et d'autogestion, ainsi que des plans d'intervention en 1^{re} ligne avec des composantes en santé mentale. Des références à d'autres services sont aussi proposées. À un niveau d'intégration supérieur, les services partagés inversés sont généralement dispensés sur un site en santé mentale dans un espace partagé, en présence d'une infirmière praticienne généraliste dans un site psychiatrique. Les plans de services visent principalement la santé mentale avec des composantes de services primaires. Au plus fort niveau d'intégration des modèles de collaboration, le modèle de réseau spécialisé en étoile (service central avec ramifications) intègre le soutien d'une équipe mobile. Sur la base de services partagés, des équipes multidisciplinaires fournissent des évaluations spécialisées aux médecins de 1^{re} ligne, aux familles et aux professionnels, des consultations, de l'éducation et du soutien ainsi que des services directs à court terme en milieu communautaire (Flexhaug et al., 2012).

Une revue systématique a évalué le modèle de collaboration inter agence auprès des jeunes (Cooper et al. 2015). Les auteurs ont évalué le modèle de collaboration inter agence desservant les enfants et les jeunes personnes ayant des troubles de santé mentale. Les effets du modèle, les facteurs facilitants et contraignants ont fait l'objet d'une analyse thématique. Des trente-trois études primaires sélectionnées, seules sept études analysaient des modèles de collaboration inter agence desservant à la fois les adolescents et les jeunes adultes. Les modèles de collaboration évalués par les auteurs se situent au niveau de la colocation et de l'approche de collaboration du modèle de (Flexhaug et al., 2012). Ces modèles

sont peu décrits et il fut impossible de spécifier davantage le niveau de collaboration. La majorité rapporte la perspective de l'organisation et des intervenants (six études sur sept). Les plans d'étude et les résultats sont présentés à l'Annexe 7.

L'effet de la collaboration inter agence sur les jeunes (adolescents et jeunes adultes) a été évalué dans deux études primaires retenues (Hamilton, Begley, & Culler, 2014). La population visée par les autres études ne répondait pas au critère d'âge de cette revue de revues systématiques. Ces deux études portaient sur les services du *Children & Young People's Mental Health (CYPMH)* de l'Angleterre et analysait des données quantitatives et qualitatives. L'évaluation menée avant et après l'implantation du modèle auprès de onze administrateurs et quarante-deux employés d'agences partenaires a rapporté une augmentation de la satisfaction des collaborateurs au projet (Hamilton et al., 2014). Un sondage mené auprès de 433 patients et famille a permis de souligner l'importance et la pertinence du modèle (O'Herlihy, Oliva, Evans, & Cooper).

Les facteurs facilitants et contraignants ont été relevés par l'intermédiaire d'une analyse thématique. Les modèles de collaboration évalués varient, mais plusieurs facteurs leur sont communs. Malgré les limites de l'étude quant à la description des modèles, la revue systématique de Cooper et al. a permis d'identifier des facteurs ayant un effet facilitant ou contraignant sur la satisfaction et l'acceptabilité du modèle de collaboration. Ces facteurs facilitants sont présentés dans le Tableau 4.7. et les facteurs contraignants sont présentés au Tableau 4.8..

Tableau 4.7. – Facteurs facilitants de la collaboration inter agence

| Nom des études | Nombre d'études | Thème |
|--|-----------------|--|
| (O'Herlihy et al.; Spong, Waters, Dowd, & Jackson, 2013) | 2 | Bonne communication entre les professionnels et les services |
| (England, Lester, & Birchwood, 2009; McLean, 2012; O'Herlihy et al.; Spong et al., 2013) | 4 | Formation conjointe |
| (Holmesland, Seikkula, & Hopfenbeck, 2014; McLean, 2012; O'Herlihy et al.; Spong et al., 2013) | 4 | Bonne compréhension entre les professionnels et les services |
| (Spong et al., 2013) | 1 | Valeurs mutuelles, respect et confiance |
| (England et al., 2009; O'Herlihy et al.) (Spong et al., 2013) | 3 | Support de la haute direction |
| (England et al., 2009; O'Herlihy et al.) (Spong et al., 2013) | 3 | Protocole pour la collaboration inter agence |
| (Spong et al., 2013) | 1 | Agent de liaison |
| (O'Herlihy et al.; Spong et al., 2013) | 2 | Rencontre conjointe |
| (O'Herlihy et al.; Spong et al., 2013) | 2 | Relations individuelles positives |
| (Spong et al., 2013) | 1 | Colocation |
| (Spong et al., 2013) | 1 | Conférence conjointe sur les cas |
| (O'Herlihy et al.) | 1 | Ressources adéquates |
| (England et al., 2009; McLean, 2012; O'Herlihy et al.) | 3 | Centré sur les jeunes personnes / centré sur la famille |
| (Spong et al., 2013) | 1 | Rôle consultatif ou de supervision |
| (Spong et al., 2013) | 1 | Évaluation conjointe |

Source : Tableau 1. de la revue systématique de Cooper et al. 2015

Tableau 4.8. – Facteurs contraignants de la collaboration inter agence

| Nom des études | Nombre d'études | Thème |
|--|-----------------|---|
| (McLean, 2012; O'Herlihy et al.; Spong et al., 2013) | 3 | Ressources inadéquates |
| (England et al., 2009; McLean, 2012; O'Herlihy et al.; Rivard & Morrissey, 2003) | 4 | Communication pauvre entre les professionnels/services |
| (England et al., 2009; McLean, 2012; Spong et al., 2013) | 3 | Manque de valorisation, de respect et de confiance |
| (Holmesland et al., 2014; McLean, 2012; O'Herlihy et al.) | 3 | Perspectives/cultures différentes entre les professionnels/services |
| (England et al., 2009; O'Herlihy et al.; Spong et al., 2013) | 3 | Pauvre compréhension entre les professionnels et les services |
| (England et al., 2009; McLean, 2012; Spong et al., 2013) | 3 | Enjeux de confidentialité |
| (England et al., 2009; Spong et al., 2013) | 2 | Absence de prise de responsabilité |
| (Spong et al., 2013) | 1 | Difficulté au niveau des références |
| (Spong et al., 2013) | 1 | Attentes irréalistes sur les autres professionnels et services |
| (England et al., 2009) | 1 | Bureaucratie |

Source : Tableau 1. de la revue systématique de Cooper et al. 2015

Au niveau des équipes, la présence de valeurs mutuelles, de respect et de confiance, ainsi que d'une bonne compréhension entre les professionnels et les services ont été identifiés comme des facteurs facilitants à la collaboration. À l'opposé, un manque de valorisation des professionnels, de respect et de confiance a été identifié comme un facteur contraignant. La présence de perspectives différentes et le manque de compréhension mutuelle pouvaient également nuire à la collaboration. À la base, une bonne communication et des relations individuelles positives ont facilité la collaboration. De plus, le support de la haute direction et l'organisation de formations, rencontres et de conférences de cas conjointes facilitent la collaboration entre les professionnels et les services.

Au niveau de l'organisation des services, le développement de services centrés sur les jeunes et leur famille permettait de mobiliser les équipes vers une bonne collaboration. Le développement d'un protocole de collaboration inter agence, la présence d'une évaluation conjointe et la colocation ont été identifiés comme des facteurs facilitants. La création d'un rôle

de liaison, de consultation et de supervision permettait d'assurer une communication transversale entre les équipes. L'absence de prise de responsabilités, des difficultés à effectuer des références, des attentes irréalistes par rapport aux employés et aux services ont été identifiés comme des facteurs nuisibles à la collaboration. La présence de processus administratifs trop complexes et des enjeux liés à la confidentialité étaient également des facteurs contraignants.

Au niveau de la structure, la présence de ressources adéquates était un facteur facilitant. À l'opposé, le manque de ressources était un facteur contraignant important.

L'évaluation de la qualité effectuée avec le *ROBIS* dans le cadre de la présente revue de revues systématiques n'identifie aucune faiblesse quant aux critères de sélection ou la collecte de données. Par contre, une analyse plus raffinée dans synthèse aurait rendu l'étude plus robuste puisque la revue systématique ne fournit aucune autre information quant au programme implanté ou la sévérité des besoins des jeunes. Une analyse stratifiée selon ces catégories du modèle de (Flexhaug et al., 2012) aurait été pertinente. Les résultats présentés dans la présente revue de revues systématiques portent principalement sur les représentations faites par l'organisation et les intervenants : quatre études sur cinq étaient des études primaires de la revue systématique portant à la fois sur les adolescents et les jeunes adultes. Les recherches futures devraient inclure la perspective des usagers.

Modèle de soins centré sur la personne

Le modèle de soins centrés sur la personne est une philosophie favorisant les soins respectueux, compatissants, compétents, adaptés à la réalité culturelle et qui répondent aux besoins, aux valeurs, aux croyances et aux préférences des usagers et des membres de leur famille. Cette philosophie facilite la collaboration entre les usagers, leurs familles¹⁰ et les équipes d'intervention (Agrément Canada, 2015). Le modèle de soins centrés sur la personne vise une participation élargie des usagers et des familles à tous les niveaux et sur un continuum de l'engagement. Les usagers peuvent participer au niveau des soins directs, de l'organisation des services et à l'élaboration de politiques de santé (Caman et al., 2013). Le continuum de l'engagement des usagers comprend l'information, la consultation, l'implication et la co-construction (Caman et al., 2013; Pomey, 2014).

Une revue systématique sur les programmes de santé mentale visant les enfants et les jeunes personnes ayant eu recours à la philosophie des soins centrés sur la personne a été identifiée (Gondek et al., 2016). Pour la recherche documentaire de cette revue systématique, le concept a été élargi pour inclure des éléments de base du modèle de soins centré sur la personne tel que, la prise de décision partagée ou en collaboration, le partage d'information et la participation de l'utilisateur. La définition du modèle de soins centrés sur la personne utilisée par Gondek et al. provient de la Fondation de la santé : *Le modèle de soins centré sur la personne est un système qui nous supporte afin de prendre une décision éclairée, qui nous aide*

¹⁰ Selon la volonté de l'utilisateur

à gérer notre santé et nos soins avec succès, qui offre des services en respectant nos habiletés, préférences, style de vie et buts individuels (Harding, Wait, & Scrutton, 2015).

Parmi les vingt-trois études qualitatives sélectionnées dans la revue systématique de Gondek et al., seulement cinq portaient à la fois sur les adolescents et les jeunes adultes. Parmi les quatre études ayant fait l'objet d'entrevues semi-structurées, trois avaient des échantillons de moins de dix participants (Idenfors, Kullgren, & Renberg, 2015; Pycroft, Wallis, Bigg, & Webster, 2015; M. B. Simmons, S. E. Hetrick, & A. F. Jorm, 2011). Le nombre de participants était de cent sept pour la quatrième étude (Street, 2004) et de cent soixante-treize pour la cinquième étude (Pelto-Piri, Engström, & Engström, 2013). Deux études primaires ont été réalisées en Angleterre (Pycroft et al., 2015; Street, 2004), deux en Suède (Idenfors et al., 2015; Pelto-Piri et al., 2013) et une en Australie (M. B. Simmons et al., 2011). Les facteurs facilitants et les facteurs contraignants sont présentés dans les Tableaux 4.9. et 4.10., respectivement.

Tableau 4.9. – Facteurs facilitants du modèle de soins centrés sur la personne

| Nom des études | Nombre d'études | Thème |
|--|-----------------|-------------------------------|
| (M. B. Simmons et al., 2011) | 1 | Partage d'information |
| (Idenfors et al., 2015; Pelto-Piri et al., 2013; Pycroft et al., 2015; M. B. Simmons et al., 2011) | 4 | Écoute, respect et validation |
| (Pelto-Piri et al., 2013; M. B. Simmons et al., 2011) | 2 | Qualité de la relation |
| (Pycroft et al., 2015) | 1 | Communication |

Source : Tableau 3. de la revue systématique de Gondek et al. 2015

Au niveau des usagers, le partage de l'information, l'écoute, le respect et la validation, la qualité de la relation et de la communication ont été identifiés comme étant des facteurs facilitant l'implantation du modèle de soins centrés sur la personne. Une bonne communication a été un déterminant important à la qualité de la relation (Pycroft et al., 2015). L'absence de communication était nuisible au modèle (M. B. Simmons et al., 2011). Le manque d'information et de matériel adaptés à l'âge des usagers a été identifié comme facteurs contraignants par les participants intervenants (Pelto-Piri et al., 2013) et les participants usagers (M. B. Simmons et al., 2011).

Tableau 4.10. – Facteurs contraignants du modèle de soins centrés sur la personne

| Nom des études | Nombre d'études | Thème |
|---|-----------------|---|
| (M. B. Simmons et al., 2011) | 1 | Partage d'information |
| (M. B. Simmons et al., 2011) | 1 | Communication |
| (M. B. Simmons et al., 2011) | 1 | Capacité à s'impliquer |
| (Idenfors et al., 2015; M. B. Simmons et al., 2011) | 2 | Préoccupations par rapport à la confidentialité |
| (Pelto-Piri et al., 2013; Pycroft et al., 2015; M. B. Simmons et al., 2011; Street, 2004) | 4 | Manque de ressources |
| (Street, 2004) | 1 | Options de traitement limitées |
| (M. B. Simmons et al., 2011) | 1 | Enjeux liés aux politiques de confidentialité |
| (Pelto-Piri et al., 2013) | 1 | Avoir un choix et de l'autonomie |
| (Idenfors et al., 2015; Pelto-Piri et al., 2013) | 2 | Manque de souplesse |

Source : Tableau 3. de la revue systématique de Gondek et al. 2015

Au niveau de l'organisation des services, les participants usagers ont identifié leur incapacité à s'impliquer dans la prise de décision et le manque de partage d'information de la part des intervenants comme facteurs contraignants à l'implantation du modèle de soins centrés sur la personne.

Au niveau de la structure, les politiques et la réglementation ont été perçus comme facteurs contraignants par les participants usagers (Idenfors et al., 2015) et les participants intervenants (Pelto-Piri et al., 2013). Le manque de souplesse de celles-ci restreignait les équipes d'intervenants quant à leur capacité d'offrir des soins individualisés et adaptés aux besoins des usagers. Dans un tel contexte, il y avait perception de choix limités et absence d'autonomie pour les usagers. Le manque de ressources a été rapporté comme nuisible dans plus de quatre études primaires sur cinq. Les participants parents ou responsables ont identifié le manque d'information comme barrière au modèle de soins centré sur le patient, principalement en raison des enjeux de confidentialité lié à l'âge légal dans le partage d'information avec les parents ou les responsables (Magenta B. Simmons, Sarah E. Hetrick, & Anthony F. Jorm, 2011). L'âge légal pour consentir au partage de l'information avec les parents ou les responsables, ainsi que l'âge légal pour consentir aux soins ne reflète pas toujours le

stade de développement des jeunes, ce qui peut mener à des répercussions éthiques et légales importantes. (Magenta B. Simmons et al., 2011)

L'évaluation de la qualité effectuée au moyen du *ROBIS* dans le cadre de la présente revue de revues systématiques n'identifie aucune faiblesse au niveau des critères de sélection, ni au niveau de la collecte de données. Par contre, une analyse plus raffinée au niveau de l'analyse et de la synthèse aurait rendu l'étude plus robuste puisque le modèle implanté dans chaque étude primaire n'est pas décrit et que le niveau de participation et l'engagement de l'utilisateur dans le continuum de soins ne sont pas pris en compte dans l'interprétation des résultats. Les modèles évalués ne sont pas décrits. Les études primaires au moyen de l'outil *Critical Appraisal Skills Programme (CASP)*¹¹ dans la revue systématique de Gondek et al. Les études de (Idenfors et al., 2015; Pelto-Piri et al., 2013) (Pycroft et al., 2015) et (Magenta B. Simmons et al., 2011) répondent généralement positivement aux critères de *CASP*. Cependant, l'étude de (Street, 2004) fournit peu d'information et les auteurs n'ont pas pu compléter l'évaluation.

Selon Gondek et al. les résultats de cette revue systématique sont similaires à ce qui a déjà été rapporté pour les services de santé mentale (Bee, Price, Baker, & Lovell, 2015). Les auteurs constatent que malgré les orientations prises en Angleterre vers des modèles centrés sur la personne, les principes de base des modèles centrés sur les patients sont loin d'avoir été implantés. L'accroissement des processus administratifs dans les services et l'emphase croissante vers une culture de performance limite les ressources et la flexibilité nécessaire pour offrir des soins centrés sur la personne.

Synthèse et analyse

La présente revue de revues systématiques a permis d'identifier deux revues systématiques évaluant les modèles de services vivant avec un en santé mentale pour les jeunes. La majorité des études primaires ayant un devis qualitatif, il est difficile de statuer sur l'efficacité de ces modèles. C'est davantage l'approche philosophique de ces modèles qui doit être considérée. Dans le modèle de collaboration inter agence, les besoins des usagers sont placés au centre de l'organisation des services. Dans le modèle de soins centrés sur la personne, l'engagement et la participation des usagers sont au cœur des soins. Ces modèles sont alignés avec les principes directeurs et les orientations du « Plan d'action en santé mentale 2015-2020 ». Les facteurs facilitants et contraignants identifiés aideront à l'implantation de ces deux modèles.

4.4. Synthèse des données scientifiques

Synthèse selon le stade de développement du trouble de santé mentale

Concernant les participants à haut risque d'un trouble de santé mentale, aucun des programmes, modèles ou services évalués ne visait spécifiquement cette population. Les deux revues systématiques portant sur la pertinence vécue et l'acceptabilité (Cooper et al., 2016; Gondek et al., 2016) n'ont pas spécifié la phase de la population visée. Ces revues

¹¹ <http://www.casp-uk.net/>

systématiques ont étudié l'organisation des services à un niveau macro et l'on peut supposer que la population visée comprenait les participants à haut risque.

Concernant les participants présentant un trouble de santé mentale à début précoce, aucun des programmes, modèles ou services évalués ne visait spécifiquement cette population. On peut également supposer que les revues systématiques portant sur la pertinence vécue et l'acceptabilité (Cooper et al., 2016; Gondek et al., 2016) comprenaient également les participants en début précoce.

Concernant les participants à leur 1^{er} épisode d'un trouble de santé mentale, trois revues systématiques portant sur les effets des services d'intervention précoce pour la psychose ont été retenues. Lloyd Evans et al. ont évalué les initiatives d'accès pour diminuer la durée de la maladie non traitée, Randall et al. ont évalué l'effet des services d'intervention précoce sur le rétablissement clinique et Bond et al. ont évalué les effets des services d'intervention précoce sur le rétablissement fonctionnel.

La majorité des revues systématiques sur les programmes, modèles ou services desservant les jeunes ayant des troubles de santé mentale ont été réalisées au cours des deux dernières années. La majorité porte soit sur les adolescents, soit sur les jeunes adultes, reflétant la ségrégation traditionnelle des services pour enfants et adolescents des services pour adultes. Aucune de ces revues systématiques retenues pour cette revue de revues systématiques ne portait directement sur les programmes, modèles ou services desservant les jeunes de 12 à 30 ans sans égard à l'âge de la majorité. Cependant, il fut possible d'isoler les résultats des études primaires portant sur la question d'évaluation dans la plupart des cas. Le manque ou, dans plusieurs cas, l'absence de description des modèles, programmes et services dans les revues systématiques recensées constitue une limite importante à cette revue de revues systématiques.

Dénombrement des indicateurs de résultat positif

Le dénombrement des indicateurs de résultat positif apparaissant dans les cinq revues systématiques et traduisant les mesures de performance issus des éléments *PICOTS* est présenté dans les Tableaux 4.11., 4.12. et 4.13.. Les mesures de performance sont extraites des cinquante-deux études primaires répondant à la question d'évaluation contenues dans les cinq revues systématiques retenues pour la présente revue de revues systématiques. La mesure de performance, le programme, modèle ou service, le rapport entre le nombre d'études rapportant un résultat positif et le nombre total d'études comprenant un groupe de comparaison, le rapport entre le nombre d'études rapportant un résultat positif et le nombre total d'études sans groupe de comparaison et le nombre d'études rapportant un résultat positif et significatif ($p < 0.05$) sont présentés dans les Tableaux 4.11., 4.12. et 4.13..

Pour la dimension de l'**accès**, la revue systématique de Lloyd Evans et al. comprenait cinq études primaires répondant à la question d'évaluation qui ont évalué trois services d'intervention précoce pour le traitement de la psychose, pour un total

de trois mesures rapportées (durée moyenne de la psychose non traitée, nombre de références dans la région et sévérité des symptômes). Tel qu'observé dans le tableau 4.11., les données scientifiques divergent pour plus d'un indicateur d'accès et peu d'études ont été repérées dans cette revue de revues systématiques pour déterminer si les services d'intervention précoce ont un effet favorable ou nul sur les usagers ayant eu un 1^{er} épisode psychotique. La preuve scientifique est non établie.

L'implantation d'un service d'intervention précoce n'est pas suffisante pour diminuer la durée de la psychose non traitée. Les auteurs recommandent que leur implantation soit accompagnée d'une campagne multimodale visant les médecins de famille, les écoles et les intervenants travaillant auprès des jeunes. La revue systématique de Lloyd Evans et al. n'a pas permis de couvrir les études portant sur le parcours d'accès des jeunes à risque de développer une psychose. Le parcours d'accès de l'utilisateur peut avoir une incidence importante sur la durée de la maladie non traitée. Lloyd Evans et al. recommandent que la campagne multimodale mette l'accent sur les comportements de recherche d'aide et un changement d'attitude par rapport aux troubles de santé mentale.

Tableau 4.11. – Dénombrement des indicateurs de résultat positif pour l'accès pour la Question 1

| Mesures de performance | Modèle, programme ou service | Nb études avec gr comparaison avec résultat positif / Nb total études avec gr comparaison | Nb études cohorte sans gr comparaison et résultat positif / Nb total études sans gr comparaison | Nb études avec résultat positif significatif |
|---|--|---|---|--|
| ACCÈS | | | | |
| Durée de la psychose non traitée | SIP pour la psychose / Services traditionnels | 2 / 4 | - | 2 |
| Durée de la psychose non traitée | SIP pour la psychose / Équipe de santé mentale communautaire | 1 / 1 | - | 0 |
| Nombre de références dans la région | SIP pour la psychose / Services traditionnels | 1 / 2 | - | 0 |
| Sévérité des symptômes des patients lors du 1 ^{er} contact | SIP pour la psychose / Services traditionnels | 2 / 3 | - | 2 |

/ : Comparaison entre deux modèles, programme ou service.

Pour la dimension du **rétablissement**, deux revues systématiques évaluant les services d'intervention précoce pour la psychose ont été sélectionnées. La revue systématique de Randall et al. a évalué le **rétablissement clinique** en mesurant l'utilisation de services d'hospitalisation et la revue systématique de Bond et al. (2015) a évalué le **rétablissement fonctionnel** en mesurant le taux d'emploi et le taux de poursuite des études. La synthèse de l'analyse des résultats tirés de ces revues systématiques est présentée dans le Tableau 4.12..

Pour le rétablissement clinique, la revue systématique de Randall et al. comprenait quinze études primaires répondant à la question d'évaluation. Ces études ont évalué l'effet des services d'intervention précoce pour la psychose sur le nombre d'hospitalisations et / ou le nombre de jours d'hospitalisation. L'ensemble des quinze études ayant évalué ces effets ont rapporté des résultats positifs. Cependant, parmi les treize études ayant évalué le nombre d'hospitalisations, six études ont rapporté un résultat significatif et parmi les onze études ayant évalué le nombre de jours d'hospitalisation, six ont rapporté un résultat significatif. Malgré le fait que Randall et al. rapportent des différences significatives dans leurs méta-analyses des résultats de ces études primaires pour le nombre d'hospitalisations et le nombre de jours d'hospitalisation, aucun des trois essais cliniques randomisés n'a observé une différence significative pour ces indicateurs. Au final, l'ensemble des données scientifiques convergent vers une diminution des hospitalisations avec les services d'intervention précoce. La preuve scientifique est prometteuse.

Pour le rétablissement fonctionnel, la revue systématique de Bond et al. comprenait vingt-deux études primaires répondant à la question d'évaluation. Ces études ont évalué l'effet des services d'intervention précoce pour la psychose avec ou sans soutien à l'emploi sur le rétablissement fonctionnel : taux d'emploi, taux d'éducation et combinaison du taux d'emploi et du taux d'éducation. L'ensemble des études qui ont comparé les services d'intervention précoce sans soutien à l'emploi avec les services traditionnels (4/4) ont rapporté une amélioration du taux d'emploi. Parmi celles-ci, deux avaient des résultats positifs et significatifs. Les données scientifiques convergent vers une augmentation du taux d'emploi avec les services d'intervention précoce. La preuve scientifique est prometteuse.

Lorsque les services d'intervention précoce incluant le soutien à l'emploi de type IPS avec des services d'intervention précoce sans soutien professionnel à l'emploi, trois études ont rapporté une augmentation significative du taux d'emploi. La méta-analyse de ces études rapporte également une augmentation significative et trois études de cohortes avant-après rapportent des résultats en faveur du modèle de soutien à l'emploi de type IPS. Les données scientifiques convergent vers une amélioration du taux d'emploi avec les services d'intervention comprenant IPS comparativement aux services qui n'incluent aucun soutien à l'emploi. Les échantillons de ces études étant petits, la preuve scientifique est établie à prometteuse.

Le taux de poursuite des études n'a été évalué que pour les services d'intervention précoce incluant le soutien à l'emploi de type IPS. Si les trois études de cohortes avant-après rapportent une augmentation du taux de poursuite des études avec ces services, lorsque ces derniers sont comparés aux services d'intervention précoce sans soutien professionnel à l'emploi, les données scientifiques divergent. En effet, une étude sur trois n'a pas rapporté de résultats positifs. La preuve scientifique est non établie.

Étant donné le peu d'études qui ont été réalisées sur la combinaison du taux d'emploi et du taux de poursuite des études pour les différentes catégories de service d'intervention précoce, il n'est pas possible de statuer sur l'efficacité. La preuve scientifique est non établie.

Tableau 4.12. – Dénombrement des indicateurs de résultat positif pour le rétablissement pour la Question 1

| Mesures de performance des éléments | Modèle, programme ou service (Note 1) | Nb études avec gr comparaison avec résultat positif / Nb total études avec gr comparaison | Nb études cohorte sans gr comparaison et résultat positif / Nb total études sans gr comparaison | Nb études avec résultat positif significatif |
|-------------------------------------|--|---|---|--|
| RÉTABLISSEMENT CLINIQUE | | | | |
| Nombre d'hospitalisation | SIP pour la psychose / Services traditionnels | 13 / 13 (note 2) | - | 6 |
| Nombre de jours d'hospitalisation | SIP pour la psychose / Services traditionnels | 11 / 11 (note 2) | - | 6 |
| RÉTABLISSEMENT FONCTIONNEL | | | | |
| Emploi (%) | SIP pour la psychose sans soutien à l'emploi / Services traditionnels | 4 / 4 | - | 2 |
| Emploi (%) | SIP pour la psychose incluant le soutien à l'emploi de style IPS / SIP | 3 / 3 (note 3) | 3 / 3 | 3 |
| Poursuite des études (%) | SIP pour la psychose incluant le soutien à l'emploi de style IPS / SIP sans soutien à l'emploi | 2 / 3 | 3 / 3 | 0 |
| Emploi ou poursuite éducation (%) | SIP pour la psychose sans soutien à l'emploi / Services traditionnels | 2 / 3 | - | 1 |
| Emploi ou poursuite éducation (%) | SIP pour la psychose incluant le soutien à l'emploi de style IPS / SIP sans soutien à l'emploi | 1 / 1 | 1 / 1 | 1 |
| Emploi ou poursuite éducation (%) | SIP pour la psychose incluant le soutien professionnel à l'emploi non standardisé / Services traditionnels | 1 / 1 | 1 / 1 | 1 |

Note 1 : Le symbole « / » signifie une comparaison entre deux modèles, programme ou service.

Note 2 : Ces études ont fait l'objet d'une méta-analyse par Randall et al. (2015). Une différence significative a été observée pour le nombre d'hospitalisations et le nombre de jours d'hospitalisation.

Note 3 : Ces études ont fait l'objet d'une méta-analyse par Bond et al. (2015). Une différence significative a été observée pour le taux d'emploi et non significatif pour le taux de poursuite des études.

Pour les mesures de performance de **l'engagement et de la continuité**, aucune revue systématique n'a été identifiée. L'efficacité des programmes, modèles ou services n'a pas été établi. Peu d'études ont évalué l'effet des services

d'intervention précoce avec ou sans soutien professionnel à l'emploi sur le taux d'éducation. La preuve scientifique ne peut être établie.

Pour les mesures de performance de la **pertinence vécue et de l'acceptabilité**, deux revues systématiques ont été sélectionnées. La revue systématique de Cooper et al. a évalué le modèle de collaboration inter agence auprès des enfants et des jeunes personnes. Seulement une étude a évalué le partenariat et la satisfaction des collaborateurs auprès des jeunes (Hamilton et al., 2014) et un autre la pertinence du modèle auprès des jeunes participants (O'Herlihy et al.) (Tableau 4.13). Les cinq autres études primaires de la revue systématique de Cooper évaluent uniquement les facteurs influençant le « pertinence vécue et de l'acceptabilité » du modèle auprès des intervenants et des usagers, mais les résultats de ces analyses qualitatives ne permettent pas de conclure sur son efficacité. Malgré les résultats favorables des études de Hamilton et al. et O'Herlihy et al. pour les modèles de collaboration inter agence, peu d'études ont été repérées dans la présente revue de revues systématiques. La preuve scientifique ne peut être établie.

Tableau 4.13. – Dénombrement des indicateurs de résultat positif de la pertinence vécue et de l'acceptabilité pour la Question 1

| Mesures de performance des éléments (Note 1) | Modèle, programme ou service | Nb études cohorte sans gr comparaison et résultat positif / Nb total études avec gr comparaison | Nb études avec résultat positif significatif |
|---|--------------------------------------|--|--|
| Résultats aux évaluations du partenariat | Modèle de collaboration inter agence | 1 | n/a |
| Taux de satisfaction des collaborateurs du projet | Modèle de collaboration inter agence | 1 | n/a |
| Pertinence | Modèle de collaboration inter agence | 1 | n/a |

Note 1 : L'ensemble des études identifiées pour la pertinence vécue et l'acceptabilité sont qualitatives. SIP = Service d'intervention précoce.

Le modèle de soins centrés sur la personne été évalué dans la revue systématique de Gondek et al.. Les études primaires de cette revue systématique s'est limitée à évaluer les facteurs influençant le « pertinence vécue et de l'acceptabilité » du modèle, principalement auprès des patients. Les résultats de ces analyses qualitatives ne permettent pas d'émettre une conclusion quant à l'efficacité du modèle de soins centré sur la personne. La preuve demeure non établie.

Question d'évaluation 2

Quelles sont les interventions psychosociales démontrées efficaces, prometteuses et applicables auprès de préadolescents, d'adolescents et de jeunes adultes (personnes de 12 à 30 ans) à risque de présenter ou présentant un trouble du spectre bipolaire ?

5. Question 2

Revue systématique portant sur les interventions psychosociales auprès de préadolescents, d'adolescents et de jeunes adultes (personnes de 12 à 30 ans) à risque de présenter ou présentant un trouble du spectre bipolaire

5.1. Question d'évaluation et objectif

Quelles sont les interventions psychosociales démontrées efficaces, prometteuses et applicables auprès de préadolescents, d'adolescents et de jeunes adultes (personnes de 12 à 30 ans) à risque de présenter ou présentant un trouble du spectre bipolaire ?

L'objectif est d'évaluer les effets cliniques et les effets sur le niveau global de fonctionnement des interventions psychosociales repérées, eu égard à leur efficacité, leur acceptabilité et leur applicabilité. Ces éléments sont présentés au Tableau 5.1..

Tableau 5.1. – Éléments *PICOTS* pour la Question 2

| Q2 – Interventions psychosociales pour les adolescents et les jeunes adultes à risque ou présentant un trouble bipolaire | |
|--|--|
| P | Préadolescents, adolescents et jeunes adultes présentant un trouble du spectre bipolaire ou à risque de présenter un de ces troubles (facteurs de risque et symptômes infra cliniques) |
| I | Interventions psychosociales individuelles, de groupe ou combinées |
| C | Variables selon la nature de l'intervention et la méthodologie de l'étude |
| O | Symptômes thymiques, récurrence d'épisodes, hospitalisations, fonctionnement global, qualité de vie, scolarisation, emploi, insertion sociale |
| T | Temps de mesure |
| S | Tous milieux |

5.2. Qu'est-ce qu'un trouble bipolaire ?

Dans le Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux, 5^e édition (DSV-5), la section « Troubles bipolaires et apparentés » comprenant le trouble bipolaire I, le trouble bipolaire II, le trouble cyclothymique, le trouble bipolaire ou apparenté induit par une substance / un médicament, le trouble bipolaire ou apparenté dû à une autre affection médicale, l'autre trouble bipolaire ou apparenté spécifié et le trouble bipolaire ou apparenté non spécifié est listé séparément des troubles du « Spectre de la schizophrénie et autres troubles psychotiques » et « Troubles dépressifs », bien que des liens puissent être établis avec ces deux autres classes diagnostiques sur les plans symptomatologique et génétique. Les troubles bipolaires constituent un spectre de pathologies psychiatriques chroniques parmi les plus sévères débutant chez le jeune

adulte et parfois à l'adolescence. Les troubles ressemblant à un trouble bipolaire sans toutefois répondre pleinement aux critères des trouble bipolaire I et II peuvent être classés dans la catégorie « Autre trouble bipolaire ou apparenté spécifié » (American Psychiatric Association, 2015).

Ces troubles récurrents de l'humeur font alterner des phases thymiques expansives caractérisées par une augmentation du niveau d'énergie et de l'activité (pendant au moins une semaine, c'est l'épisode maniaque, au moins quatre jours consécutifs, c'est l'épisode hypomaniaque), et des chutes de l'humeur (au moins cinq des symptômes listés durant au moins deux semaines, c'est l'épisode dépressif caractérisé), parfois avec des éléments psychotiques, dont la durée peut varier de quelques jours à quelques mois. Les troubles bipolaires se manifestent de manière cyclique en combinant un ou plusieurs des épisodes suivants : l'hypomanie, la manie sans symptômes psychotiques, la manie avec symptômes psychotiques, la dépression légère ou modérée, la dépression sévère sans symptômes psychotiques, la dépression sévère avec symptômes psychotiques, l'épisode mixte sans symptômes psychotiques, l'épisode mixte avec symptômes psychotiques (Malhi et al., 2015). Le Tableau 5.2. présente les caractéristiques du spectre des troubles bipolaires selon le DSM-5.

Réunis, le trouble bipolaire de type I et celui de type II touchent 2.2 % de la population. Alors que le trouble bipolaire non spécifié touche 2 % de la population, la prévalence à vie du trouble bipolaire de type I étant de 1 % et celle du trouble bipolaire de type II de 1.1 % (Birmaher, 2013; Birmaher, Axelson, et al., 2009; K. R. Merikangas et al., 2007). Ces pathologies du spectre bipolaire peuvent être sévères et se manifester par des épisodes dont la récurrence à un an et demi peut s'élever à 62,5 %. Le tableau clinique est souventes fois composé de troubles liés à l'usage des substances psychoactives, d'affects dépressifs et d'un fonctionnement psychosocial appauvri (Axelson et al., 2006; Birmaher et al., 2012; Goldstein et al., 2009) conduisant à un pronostic plus sombre (Coryell et al., 2003; Miklowitz, Georgea, Axelson, et al., 2004; Schneck et al., 2004). Qui plus est, le trouble bipolaire est très souvent déclenché à la préadolescence (Lish et al., 1994; K. Merikangas et al., 2012; Perlis et al., 2004), se manifestant par des comportements perturbateurs (Axelson et al., 2006; Findling et al., 2010), un fonctionnement global et psychosocial diminué (Keenan-Miller & Miklowitz, 2011), de même qu'une qualité de vie appauvrie, des comportements d'automutilation (Esposito-Smythers et al., 2010) et des conduites suicidaires plus fréquentes (Algorta et al., 2011).

Tableau 5.2. – Caractéristiques des troubles du spectre bipolaires selon le DSM-5

| Diagnostic | Épisodes | Dépression | | Manie / hypomanie | | Psychose |
|----------------------|--|--|---------------------------------------|---|---------------------------------------|--|
| | | Durée | Sévérité des symptômes | Durée | Sévérité des symptômes | |
| Trouble bipolaire I | Manie ± hypomanie ± dépression | 2 semaines | Altération marquée | Manie depuis 7 jours presque toute la journée presque à chaque jour ou hospitalisation | Altération marquée (manie seulement) | Oui |
| Trouble bipolaire II | Hypomanie + dépression | 2 semaines | Altération marquée | Hypomanie 4 jours consécutifs, présente presque toute la journée presque tous les jours | Pas d'altération marquée | Dans la dépression, mais pas dans la manie |
| Cyclothymie | Hypomanie infra clinique + dépression infra clinique | 2 ans avec pas plus de 2 mois sans symptômes | Altération cliniquement significative | 2 ans avec pas plus de 2 mois sans symptômes | Altération cliniquement significative | Non |

Source : (American Psychiatric Association, 2015)

L'évolution naturelle des maladies du spectre bipolaire a cette caractéristique multiforme qui rend l'exercice diagnostique particulièrement délicat. En l'absence de prototype clinique et parce les manifestations infra cliniques peuvent être présentes durant l'enfance, l'adolescence ou l'âge adulte parfois sur une période de plusieurs mois, parce que le trouble est cyclique, parce qu'il peut être concomitant à tous les autres diagnostics, il y a conséquemment de nombreux diagnostics différentiels à éliminer, notamment en tout premier lieu, un autre trouble unipolaire ou bipolaire, mais également un trouble d'adaptation avec humeur dépressive, la réaction de deuil, les troubles anxieux, l'abus des substances psychoactives, les traits et troubles de la personnalité et certaines conditions médicales (Malhi et al., 2015).

5.3. Méthodes spécifiques

5.3.1. Procédure de repérage et de sélection des études

Le repérage a été réalisé par une spécialiste en recherche d'informations scientifiques (NC) depuis les bases de données *Embase*, *MEDLINE*, *PsychINFO* et *CINHAL*. La recherche documentaire a couvert la période de janvier 1996 à juillet 2016, puisque le corpus d'interventions psychosociales le plus important a été publié durant cette période. Une mise à jour a été faite en janvier 2017. L'Annexe 8 présente les algorithmes de recherche utilisés pour repérer les études depuis ces bases données.

5.3.2. Critères d'inclusion et d'exclusion

Tel que présenté au Tableau 5.2., les critères d'inclusion découlant de la Question 2 sont les suivants : études évaluant l'efficacité, l'acceptabilité et l'applicabilité d'interventions psychosociales auprès de préadolescents, d'adolescents et de jeunes adultes (personnes de 12 à 30 ans) à risque de présenter ou présentant un trouble du spectre bipolaire ; études publiées en français ou en anglais. Les critères d'exclusion sont quant à eux les suivants : études portant sur des enfants ou strictement sur des adultes (sauf si ces dernières présentent des analyses de sous-groupes en fonction de l'âge) ; études réalisées sur des adolescents ou de jeunes adultes ne présentant pas un trouble du spectre bipolaire ou qui ne sont pas à risques ; évaluations strictement pharmacologiques ; évaluations strictement économiques.

Tableau 5.3. – Critères d'inclusion et d'exclusion des études pour la Question 2

| Critères d'inclusion |
|---|
| <ul style="list-style-type: none">• Études évaluant l'efficacité d'interventions psychosociales auprès de préadolescents, d'adolescents et de jeunes adultes (personnes de 12 à 30 ans) à risque de présenter ou présentant un trouble du spectre bipolaire ;• Études publiées en français ou en anglais. |
| Critères d'exclusion |
| <ul style="list-style-type: none">• Études portant sur des enfants ou strictement sur des adultes (sauf si ces dernières présentent des analyses de sous-groupes en fonction de l'âge) ;• Études réalisées sur des adolescents ou de jeunes adultes ne présentant pas un trouble du spectre bipolaire ou qui ne sont pas à risques ;• Évaluations strictement pharmacologiques ;• Évaluations strictement économiques. |

5.3.3. Méthodes d'extraction des données

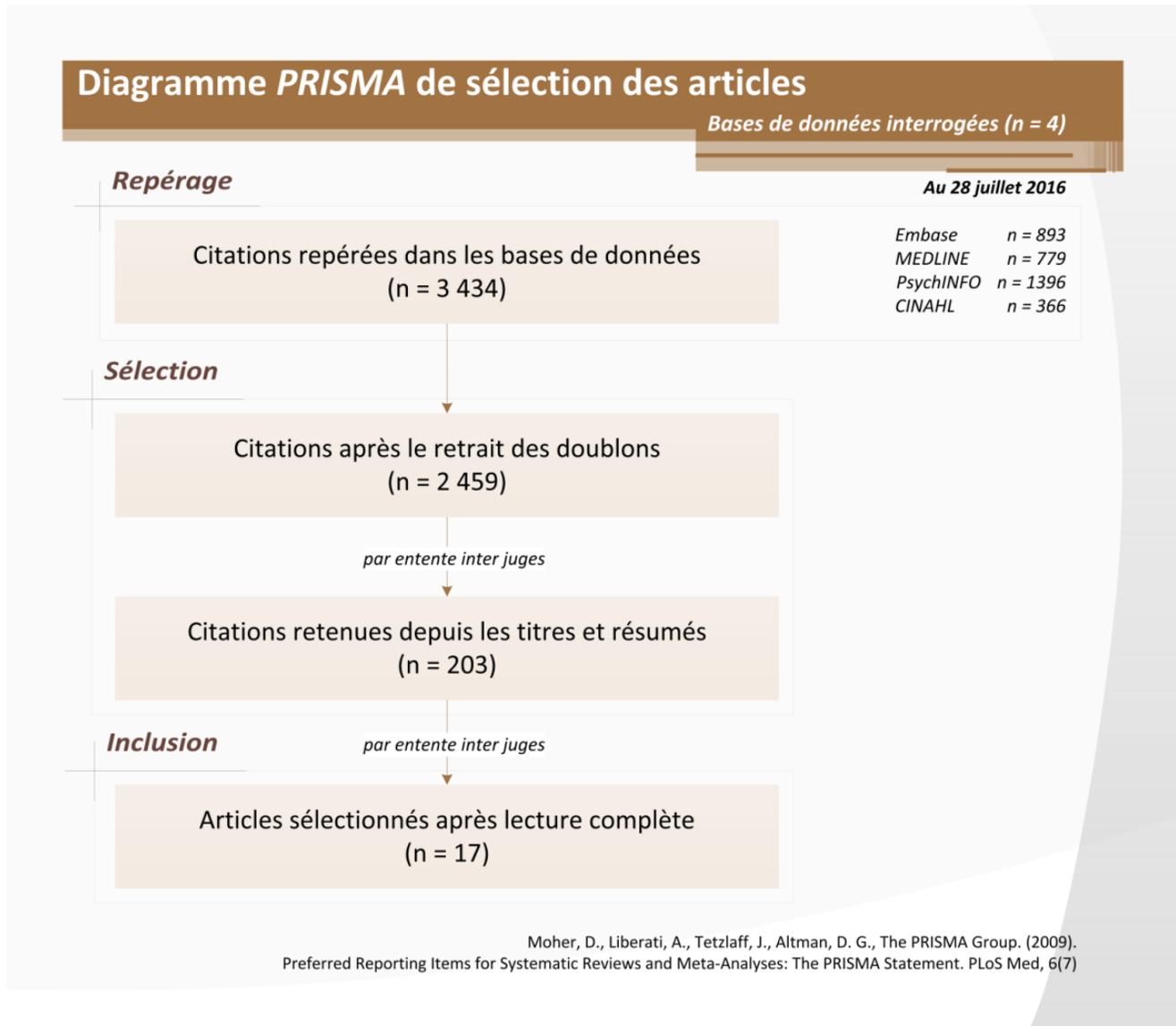
Une grille d'extraction a été élaborée pour extraire les données. Son élaboration s'est appuyée sur des outils existants tel que celui proposé par le *Social Care Institute for Excellence (SCIE)* (Rutter, Francis, Cohen, & Fisher, 2010). Cette grille a permis de classer les données en fonction du type de plan d'étude, de la population, des caractéristiques de l'intervention évaluée, des comparateurs, des résultats, des conclusions de l'étude (incluant les limites) et de l'évaluation de la qualité de chaque étude. La grille n'a pas fait l'objet de modification en décours d'exercice (Annexes 14., 15., 16., 17.).

5.4. Résultats

Le logigramme de flux *PRISMA* de sélection des articles (Moher et al., 2009) présentés à la Figure 5.1. détaille le cheminement de la sélection. Les bases *Embase*, *MEDLINE*, *PsychINFO* et *CINHAL* ont été interrogées en juillet 2016 (avec mise à jour en janvier 2017) permettant de repérer 3434 citations. L'application *EndNote* a été utilisée pour effectuer le retrait des doublons, ce qui a conduit à conserver 2459 citations, mais à la lecture des titres et résumés des articles, 203 d'entre elles ont été conservées par l'intermédiaire de l'entente inter juges (GAT, SB). La liste des études exclues est présentée à l'Annexe 9. La sélection finale a également été réalisée par entente inter juges (GAT, SB) conduisant à retenir dix-sept articles. Cette méthode a permis d'assurer que les études importantes étaient bel et bien conservées. Aux neuf études primaires répondant à l'ensemble des critères de la présente revue que nous avons conservée des trois revues

systematiques retenues, se sont ajoutées cinq études primaires retenues par l'approche « boule de neige » résultant de la stratégie documentaire apparaissant en Annexe 8., pour un total de quatorze études primaires.

Figure 5.1. – Diagramme de sélection pour la Question 2



Trois revues systématiques (Frias, Palma, & Farriols, 2015; Reinares et al., 2016; Vallarino et al., 2015), cinq essais cliniques randomisés (Cardoso et al., 2015; Goldstein et al., 2015; Inder et al., 2015; Miklowitz et al., 2008; Miklowitz, Schneck, George, et al., 2014b), un essai clinique contrôlé (Macneil et al., 2012), quatre études avant – après (B. I. Goldstein et al., 2014; Goldstein, Axelson, Birmaher, & Brent, 2007; Hlastala et al., 2010; Miklowitz, Georgea, Axelson, et al., 2004), deux études de série de cas (Knutsson et al., 2016; Ozerdem et al., 2009) et une étude de cas (Gottlieb & Terman, 2012) ont été retenues.

En lien avec l'approche de la stadification, les données extraites sont ici présentées sous trois classes de participants soit : 1) interventions auprès de participants à haut risque de trouble bipolaire, 2) interventions auprès de participants présentant un trouble bipolaire à début précoce et 3) interventions auprès des personnes à leur 1^{er} épisode de trouble bipolaire. Le nombre d'études retenues en fonction des classes de participants est présenté à la Figure 5.2..

Figure 5.2. – Répartition des études primaires en fonction de la stadification



5.4.1. Les revues systématiques

Trois revues systématiques (Frias et al., 2015; Reinares et al., 2016; Vallarino et al., 2015) ont été retenues parce qu'elles répondaient aux critères d'inclusion, même si plusieurs des études retenues dans ces revues ont dû être exclues de notre sélection en raison le plus souvent du critère de l'âge, mais aussi en raison du critère diagnostique.

La première revue systématique retenue (Reinares et al., 2016) avait pour objectif de répertorier toutes les études publiées jusqu'en mars 2015 et traitant de l'impact des interventions familiales dans le traitement des troubles bipolaires. Les quinze études primaires retenues ont mené les auteurs à conclure que le rôle de la famille sur le décours des troubles bipolaires est complexe, dynamique et bidirectionnel. Cette revue a permis de mettre en évidence que certaines attitudes et types d'interactions de la famille ont un impact important sur le cours de la maladie et que la plupart des études supportent l'efficacité des interventions auprès des membres de la famille en adjuvant à la pharmacothérapie. De cette revue, nous avons conservé deux études qui répondaient à tous les critères de notre revue (Miklowitz et al., 2008; Miklowitz, Schneck, George, et al., 2014b).

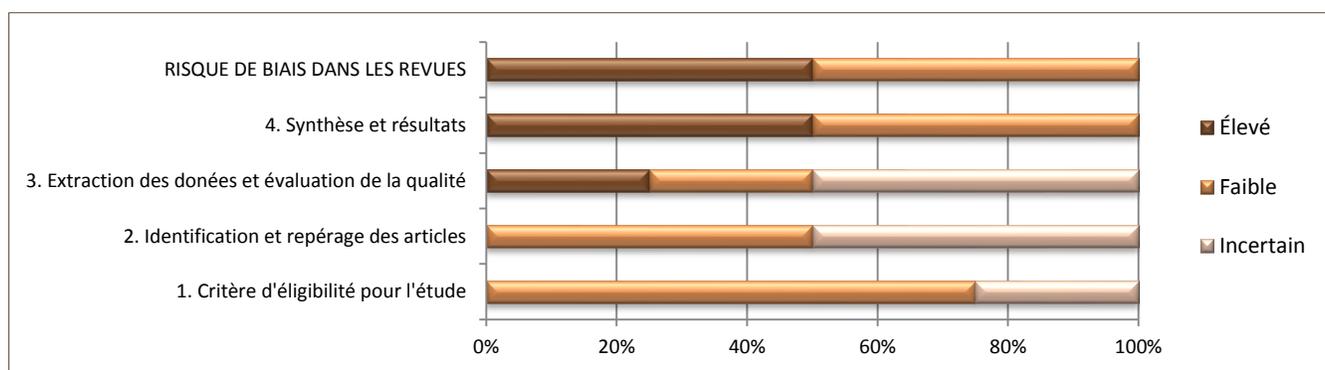
La deuxième revue systématique retenue (Frias et al., 2015) avait pour objectif de répertorier les interventions psychosociales efficaces dans le traitement des jeunes de 6 à 19 ans à haut risque de trouble bipolaire. Entre 1990 et septembre 2014, trente-trois études ont pu être identifiées dont vingt étaient des études primaires. Les auteurs ont conclu de leur analyse que ce champ de recherche est embryonnaire et le nombre d'études limitées, mais en constante augmentation au cours de la dernière décennie. Les conclusions sont que les thérapies possiblement efficaces sont la psychoéducation et la thérapie centrée sur la famille. De cette revue, nous avons conservé quatre études primaires répondant à tous les critères de notre revue (B. I. Goldstein et al., 2014; Goldstein et al., 2007; Hlastala et al., 2010; Miklowitz, George, Axelson, et al., 2004).

La troisième revue systématique retenue (Vallarino et al., 2015) avait pour objectif de répertorier toutes les études publiées jusqu'en 2014, de même que les études en cours en 2015, traitant des interventions psychosociales propres aux premiers stades du trouble bipolaire. Cette revue a pu repérer vingt études primaires complétées et neuf études en cours présentant dix-huit types d'interventions. Cette revue présente les résultats en lien avec l'approche de la stadification, manière de faire que nous reprenons pour la présentation des résultats de la présente revue systématique. Ainsi, les auteurs présentent les études et types d'interventions auprès de trois groupes de participants, ceux à risque de développer un trouble bipolaire, ceux à leur 1^{er} épisode de trouble bipolaire et finalement ceux présentant un trouble bipolaire à début précoce. Des vingt études primaires complétées, huit étaient des essais cliniques randomisés, mais seulement deux parmi celles-ci avaient un échantillon de plus de cent participants. Les interventions étudiées dans ces études sont les interventions familiales, et ce pour les trois groupes de participants. Les auteurs concluent que les effets semblent minimes pour les interventions psychosociales faites auprès des participants à leurs premiers stades de la maladie, et plus significatifs sur les symptômes

dépressifs et la rechute dépressive que sur les symptômes maniaques. De cette revue, nous avons conservé trois études primaires additionnelles (T. R. Goldstein et al., 2014; Inder et al., 2015; Macneil et al., 2012).

L'évaluation de la qualité des revues systématiques a été réalisée avec l'outil *ROBIS* (Whiting et al., 2016), lequel permet l'appréciation de la qualité sous quatre catégories de sources de biais : la pertinence des critères d'inclusion et d'exclusion, l'étendue de la recherche documentaire, l'exhaustivité de l'extraction des données et la rigueur de la synthèse. Ces quatre catégories sont résumées par algorithme en une appréciation globale du pourcentage des d'items ayant été jugé à risque de biais élevé et du nombre d'items ayant été jugé à faible risque de biais. L'évaluation de la qualité a été effectuée avec entente inter juges par deux des auteurs (GAT et SB). Il a été estimé que les trois revues systématiques retenues présentent trente-trois pour cent des items à risque élevé de biais, comme le résume la Figure 5.3.. Les résultats de l'évaluation de la qualité sont présentés dans l'Annexe 10.

Figure 5.3. – Représentation graphique de l'évaluation de la qualité des revues systématiques pour la Question 2 selon l'outil *ROBIS*



5.4.2. Description des interventions psychosociales

Les interventions psychosociales répertoriées dans ces publications peuvent être groupées en quatre classes, soit la psychoéducation, la thérapie interpersonnelle avec aménagement des rythmes sociaux, la thérapie cognitive comportementale, la thérapie centrée sur la famille. Elles ont en commun plusieurs caractéristiques, telles que présentée à l'Annexe 15. : 1) l'entraînement à la résolution de problèmes et les techniques cognitives comportementales, 2) la psychoéducation sur la maladie incluant l'observance à la pharmacothérapie, la routine des activités sociales, la gestion des facteurs de stress interpersonnels, l'hygiène du sommeil, la prévention de la rechute, de même que 3) la participation des membres de la famille dans la thérapie du patient (Frias et al., 2015; Reinares et al., 2016; Vallarino et al., 2015).

5.4.2.1. La psychoéducation

La psychoéducation vise à transmettre au patient à risque ou atteint d'un trouble bipolaire des connaissances à propos de la maladie, sur une base individuelle ou de groupe, allant de huit à trente-six séances. Les thématiques couvertes sont la médication, la détection des symptômes prodromiques et signes précurseurs d'un épisode thymique, la gestion des facteurs de stress liés aux relations interpersonnelles et la prévention de la rechute. Ces interventions parfois manualisées se seraient avérées efficaces pour réduire le nombre de rechutes, accroître la durée entre les épisodes, réduire la durée des épisodes de même que le nombre et la durée des hospitalisations (Frias et al., 2015; Reinares et al., 2016; Vallarino et al., 2015). Son utilisation est intégrée à toutes les autres modalités d'intervention permettant d'éduquer les participants et les membres de leur famille non seulement sur la maladie, mais aussi sur l'influence des facteurs biologiques et environnementaux (T. R. Goldstein et al., 2014; Hlastala et al., 2010; Miklowitz, Georgea, Axelson, et al., 2004).

Ainsi, à l'intérieur de la thérapie centrée sur la famille, la première des trois phases de la thérapie, c'est-à-dire les neuf premières séances sur vingt et une, est consacrée à la psychoéducation (séances 1-2 : aperçu de la thérapie, objectifs des membres de la famille ; séances 3-4 : enseignement aux membres de la famille sur les signes précurseurs d'un épisode thymique, vidéo sur la bipolarité juvénile, élaboration d'une grille / graphique de l'humeur, intervention auprès des parents sur l'exactitude du diagnostic ; séance 5 : présentation du modèle « vulnérabilité / stress » ; séance 6 : identification des facteurs de risque et de protection ; séance 7 : planification des stratégies de prévention de la rechute ; séance 8 : identification des points d'appui familiaux et scolaires ; séance 9 : rencontre avec les parents seuls pour répondre à des préoccupations particulières, telles que l'observance à la médication et les habiletés parentales) (Miklowitz, Georgea, Axelson, et al., 2004).

Également enchâssée dans la thérapie interpersonnelle avec aménagement des rythmes sociaux pour les participants à haut risque, la psychoéducation prend alors la forme de séances réalisées en présence des parents où, avec le participant, la tâche est donnée de dresser « l'arbre familial » des conditions psychiatriques visant à identifier l'ampleur du risque de développer un trouble bipolaire. En seconde lieu, la psychoéducation vise, dans ce cadre, à éduquer les membres de la famille et le participant par l'intermédiaire du modèle biopsychosocial et du modèle « stress / vulnérabilité » de la maladie, permettant de mettre en lumière les multiples facteurs contributifs. Finalement, la psychoéducation porte sur la stabilisation du cycle veille sommeil et celle des rythmes sociaux. (T. R. Goldstein et al., 2014).

5.4.2.2. La thérapie interpersonnelle avec aménagement des rythmes sociaux

La thérapie interpersonnelle avec aménagement des rythmes sociaux s'appuie sur l'hypothèse et des recherches qui tendent à démontrer que les troubles bipolaires sont associés à une altération de l'hygiène de vie, des activités et routines quotidiennes et liées aux facteurs de stress interpersonnels. La combinaison de la thérapie interpersonnelle et des techniques d'intervention comportementales vise à améliorer l'observance à la médication tout en prenant l'habitude de routines d'activités et de sommeil régulières. La thérapie est offerte sur seize à dix-huit séances réparties sur une vingtaine de

semaines incluant le journal personnel, l'analyse des communications interpersonnelles, le jeu de rôles et les habiletés à la résolution de problèmes (Frias et al., 2015; Reinares et al., 2016; Vallarino et al., 2015). La thérapie interpersonnelle avec aménagement des rythmes sociaux adaptée pour les adolescents présentant un trouble bipolaire comporte trois composantes : la phase 1 – la psychoéducation (4 à 6 séances : anamnèse de la maladie, inventaire des relations, inventaires des routines d'activités et de périodes de sommeil) ; la phase 2 (composante principale) – le travail sur les relations interpersonnelles (8 à 10 séances : élaboration de stratégies de routines structurées d'activités et de sommeil, gestion des symptômes thymiques et résolution des difficultés interpersonnelles) ; la phase 3 – la consolidation (2 à 3 séances : identification des gains et succès, élaboration de stratégies de maintien et prévention de la rechute) (Hlastala et al., 2010). Il s'agit d'une forme de psychothérapie spécifique au traitement du trouble bipolaire où l'accent est placé sur la stabilisation du cycle veille sommeil, les rapports en la stabilité de l'humeur et la qualité des relations interpersonnelles (Inder et al., 2015).

Tableau 5.4. – Caractéristiques de la thérapie interpersonnelle avec aménagement des rythmes sociaux pour adolescents à haut risque

| Phase du traitement | Objectifs des séances | Nombre de séances | Contenu des séances |
|---------------------|--|-------------------|--|
| Phase initiale | • Développer l'alliance | 1-2 | • Réaliser l'inventaire interpersonnel |
| | • Faire de la psychoéducation sur les facteurs de risque des troubles bipolaires | 3-4 | • Élaborer « l'arbre familial » des troubles psychiatriques • Revoir les symptômes des troubles bipolaires • Présenter le modèle biopsychosocial des troubles bipolaires • Discuter des interrelations entre les facteurs de stress et l'humeur (avec un accent sur les facteurs de stress interpersonnels) • Présenter le modèle de stabilisation du cycle veille sommeil |
| Phase intermédiaire | • Améliorer la régularité des rythmes sociaux | 4-8 | • Déterminer des cibles de stabilisation du cycle veille sommeil • Élaborer des stratégies pour atteindre les cibles de stabilisation du cycle veille sommeil |
| Phase finale | • Résoudre les difficultés interpersonnelles | | • Explorer l'affectivité du participant en regard des facteurs de risque • Explorer le processus de deuil « d'un enfant en bonne santé » • Faire les liens requis entre les relations interpersonnelles familiales et l'altération des rythmes sociaux |
| | • Bilan | 9-12 | • Évaluer les progrès et l'atteinte des objectifs • Identifier les stratégies pour la gestion ultérieure des difficultés interpersonnelles et de l'altération des rythmes sociaux • Élaborer un plan de gestion des symptômes émergents |

5.4.2.3. La thérapie cognitive comportementale

La thérapie cognitive comportementale, incluant la thérapie dialectique comportementale basée sur la pleine conscience adaptée pour les adolescents, vise l'élaboration d'objectifs et interventions visant à modifier les croyances et pensées mal adaptées. Typiquement, douze séances de soixante minutes sont offertes individuellement, les parents étant présents à deux ou trois séances. Ces séances comprennent de la psychoéducation, le suivi avec un graphique de l'humeur, la résolution de problèmes, la relaxation, les jeux de rôles et l'affirmation de soi (Frias et al., 2015; Reinares et al., 2016; Vallarino et al., 2015).

Dans la thérapie dialectique comportementale, deux modalités sont employées, soit, l'entraînement aux habiletés liées à la gestion de la maladie et la psychothérapie individuelle. Durant les six premiers mois, les participants reçoivent des séances hebdomadairement en alternant les deux modalités. Durant les six mois suivants, les modalités sont alternées aux quatre séances, de manière à consolider les apprentissages et acquis des six mois précédents. S'ajoutent à ces composantes l'entraînement aux habiletés familiales, le journal de bord et la psychoéducation (Goldstein et al., 2007).

5.4.2.4. La thérapie centrée sur la famille

La thérapie centrée sur la famille repose sur l'hypothèse que les parents d'enfants présentant un trouble bipolaire sont moins chaleureux et davantage punitif, alors que ceux eux-mêmes atteints d'un trouble de l'humeur sont sujets à transmettre leurs facteurs de risque par l'intermédiaire de mécanismes environnementaux et génétiques.

Cette modalité thérapeutique inclut le participant, ses parents et parfois des membres de la famille élargie et se déploie sur une période de neuf mois pour un total de vingt et une séances (Frias et al., 2015; Reinares et al., 2016; Vallarino et al., 2015). Cette thérapie se déploie sur trois phases : la phase 1 – la psychoéducation (7 à 10 premières séances : aider le participant et les membres de sa famille à développer une compréhension commune des symptômes, de l'étiologie et du cours de la maladie, soutenir l'observance à la pharmacothérapie, élaborer un plan de prévention de la rechute) ; la phase 2 – l'entraînement aux habiletés de communication interpersonnelle (jeux de rôles pour développer l'écoute active, renforcement positif des actions et attitudes recherchées) ; la phase 3 – la résolution de problèmes (développer l'habileté à identifier, générer et mettre en pratique des solutions aux problèmes familiaux de la vie courante) (Knutsson et al., 2016; Miklowitz et al., 2008; Miklowitz, Georgea, Axelson, et al., 2004; Miklowitz, Schneck, George, et al., 2014b).

Une adaptation pour les participants présentant une problématique concomitante de trouble bipolaire et de troubles liés à l'usage des substances a été élaborée en modifiant principalement le contenu de la phase 1 – la psychoéducation (sécurité de l'observance à la pharmacothérapie en dépit de l'usage excessif de substances, conséquences négatives résultant de

l'usage excessif de substances, réduction des méfaits, activités de substitutions, prévention de la rechute) (B. I. Goldstein et al., 2014).

5.4.3. Résultats des études en fonction des trois classes de participants

5.4.3.1. Interventions auprès de participants à haut risque de trouble bipolaire

Tel que présenté à l'Annexe 16., dans la seule étude réalisée auprès de participants à haut risque identifiée, sous forme d'étude avant – après, dix-huit participants sont soumis à la thérapie interpersonnelle avec aménagement des rythmes sociaux en adjuvant à la pharmacothérapie. Après six mois de thérapie, treize participants ont participé à plus de cinquante pour cent des séances. Les membres des familles se disent très satisfaits de l'intervention. On note des changements significatifs sur le cycle veille sommeil et le rythme circadien ($p < 0.05$). Dans cette étude, les trois composantes suivantes sont entrecroisées en trois phases, tel que détaillé au Tableau 5.3. : 1) la psychoéducation sur les facteurs de risque, 2) la stabilisation du cycle veille sommeil, 3) les facteurs de stress interpersonnels (T. R. Goldstein et al., 2014).

L'évaluation de la qualité de cette étude, réalisée avec le *Newcastle-Ottawa Quality Assessment Scale* (Wells et al., 2009), lequel permet d'apprécier la qualité d'études non randomisées (notamment les études cas témoin et de cohorte) en attribuant un maximum de neuf étoiles issues de trois angles principaux de la qualité de la preuve, à savoir : la qualité de la sélection des participants, la qualité de la comparabilité entre les cas et les témoins et la qualité des résultats. Comme le montre l'Annexe 11., nous avons attribué une cote de cinq points sur un maximum de neuf pour la qualité de cette étude. La principale faiblesse est l'absence de groupe de comparaison. De plus, l'étude a été réalisée sur un faible nombre de participants avec des instruments autoadministrés.

5.4.3.2. Interventions auprès de participants présentant un trouble bipolaire à début précoce

Tel que présenté à l'Annexe 17., douze études réalisées auprès de participants présentant un trouble bipolaire à début précoce ont été identifiées ; cinq essais cliniques randomisés, quatre études avant – après, deux séries de cas et une étude de cas.

Dans le premier essai clinique randomisé (Cardoso et al., 2015) auprès de soixante et un participants de 18 à 29 ans présentant un trouble bipolaire I ou trouble bipolaire II, ont été comparés la psychoéducation en adjuvant à la pharmacothérapie à la pharmacothérapie seule sur une période de douze mois. Dans cette étude, le protocole manualisé de Colom et Vita sur la psychoéducation auprès des personnes atteintes de troubles bipolaires a été adapté pour le réduire à six séances mettant l'accent sur les composantes biologiques des troubles bipolaires : symptômes maniaques, hypomaniaques, épisodes dépressifs, signes précurseurs observables par le participant et les parents (F. Colom & Vieta, 2004). Les résultats obtenus dans cet essai à six et douze mois sont une amélioration, mais non significative, des symptômes thymiques ($p = 0.074$), du cycle veille sommeil et des activités sociales ($p = 0.057$) chez le groupe expérimental.

C'est plutôt à l'analyse combinée des résultats que les auteurs ont observé une différence significative sur le plan du cycle veille sommeil entre le niveau de base et la sortie du traitement ($p = 0.001$). Cette même différence significative a été maintenue à six mois ($p = 0.868$) et douze mois ($p = 0.236$). De même, en combinant les données des deux groupes, une différence significative a pu être observée sur la réduction des symptômes dépressifs entre le niveau de base et la sortie du traitement ($p = 0.001$), mais cette différence n'a pas été maintenue à six mois et douze mois. Dans le second essai clinique randomisé (Goldstein et al., 2015) auprès de vingt participants de 12 à 18 ans présentant un trouble bipolaire I, un trouble bipolaire II ou un trouble bipolaire non spécifié a été comparée la thérapie dialectique comportementale aux interventions psychosociales habituelles en adjuvant à la pharmacothérapie chez les deux groupes.¹² Après douze mois, une observance significativement plus élevée a été observée chez les participants recevant la thérapie dialectique comportementale ($p = 0.01$), de même qu'une diminution significative des symptômes dépressifs ($p = 0.05$), mais diminution non significative des idées suicidaires ($p = 0.07$), de même qu'une amélioration non significative chez le groupe expérimental de la régulation émotionnelle ($p = 0.19$). Les participants des deux groupes ont jugé la thérapie très acceptable relativement à la longueur du traitement et sa pertinence. Dans le troisième essai clinique randomisé (Inder et al., 2015) réalisé auprès de cent participants de 15 à 36 ans (âge moyen = 26.5 ans) présentant un trouble bipolaire I, un trouble bipolaire II ou un trouble bipolaire non spécifié, la majorité (78 %) présentait un trouble bipolaire I et était des femmes (76 %). Dans cette étude, la thérapie interpersonnelle avec aménagement des rythmes sociaux a été comparée aux interventions psychosociales habituelles en adjuvant à la pharmacothérapie chez les deux groupes. Parce que cette forme d'intervention est une psychothérapie formelle, des psychothérapeutes en exercice ont été formés par un clinicien expert. Des séances hebdomadaires de supervision ont été animées par un psychiatre expérimenté à cette technique dans le but de maintenir un haut niveau de fidélité au mode d'intervention. Dans cet essai où les résultats furent mesurés sur une période de cinquante-deux semaines, soit de la vingt-sixième à la soixante-douzième, une amélioration significative sur les symptômes dépressifs ($p < 0.001$) et maniaques ($p < 0.001$), de même qu'au niveau du fonctionnement social ($p < 0.001$) a été observée à trente-six mois. À l'inverse de leur hypothèse, les chercheurs n'ont pu mettre en évidence une différence significative entre les deux types d'interventions ($p = 0.42$). Dans le quatrième essai clinique randomisé (Miklowitz, Schneck, George, et al., 2014b) retenu, cent quarante-cinq participants de 12 à 18 ans atteints de trouble bipolaire I ou un trouble bipolaire II ont été assignés aléatoirement à deux groupes pour recevoir la thérapie centrée sur la famille ou les interventions psychosociales habituelles en adjuvant à la pharmacothérapie chez les deux groupes. Les participants ont reçu vingt et une séances familiales sur une période de neuf mois, combinant la psychoéducation, l'entraînement aux habiletés de communication et l'entraînement à la résolution de problèmes. Les cliniciens qui ont offert ses séances ont été formés sur une période de deux jours avant le début de l'essai avec un suivi mensuel en conférence téléphonique. Dans cet essai, après deux ans de thérapie, les deux types d'intervention n'ont pas amené de différence sur le temps avant le rétablissement (K-

¹² Originellement développée pour les adultes présentant un trouble de la personnalité borderline (Linehan, 1993) cette modalité psychothérapeutique a pour point focal la régulation émotionnelle et les comportements associés tels que les actes d'automutilation avec ou sans intention suicidaire. La validité apparente de cette approche s'est avérée suffisamment élevée pour qu'elle soit modulée pour le traitement des adolescents présentant un trouble bipolaire en ajoutant de la psychoéducation pour le participant et sa famille (Goldstein et al., 2007).

SADS Depression Rating Scale : $p < 0.001$, *K-SADS Mania Rating Scale* : $p = 0.01$ ¹³ ou sur la durée d'euthymie ($p = 0.048$). Par ailleurs, la thérapie centrée sur la famille a conduit à une réduction significative de la sévérité des symptômes et de la durée sans symptômes hypomaniaques et maniaques ($p = 0.046$). Dans le cinquième essai clinique randomisé (Miklowitz et al., 2008), réalisé cette fois auprès de cinquante-huit participants 12 à 17 ans présentant un trouble bipolaire I, un trouble bipolaire II ou un trouble bipolaire non spécifié, les chercheurs ont comparé la thérapie centrée sur la famille pour adolescents aux interventions psychosociales habituelles en adjuvant à la pharmacothérapie dans les deux groupes. Durant cette étude sur vingt-quatre mois, le délai moyen avant le rétablissement fut de 19,8 semaines, sans différence significative entre les deux groupes ($p = 0.33$). De même, les auteurs n'ont pu mettre en évidence une interaction entre les groupes et les résultats sur les symptômes dépressifs ($p = 0.67$), ni en regard de la polarité ($p = 0.83$), ni sur le type (trouble bipolaire I versus II) en regard du délai avant le rétablissement ($p = 0.21$) ou en regard du délai avant le rétablissement des symptômes maniaques ($p = 0.48$). Quant aux résultats sur le taux de rechute, quarante-neuf pourcent des participants ont connu au moins une rechute à 62,4 semaines de rétablissement en moyenne, sans différence significative entre les groupes ($p = 0.25$) et sans interaction entre les traitements et la polarité ($p = 0.77$).

L'appréciation de la qualité des essais cliniques a été réalisée avec l'outil développé par le *Critical Appraisal Skills Programme* (Singh, 2013) et ce par entente interjuge, tel que présenté à l'Annexe 12.. Les cinq essais ont été réalisés dans les règles de l'art. C'est essentiellement la faible taille de moins de cent participants des échantillons qui limite la généralisabilité des résultats.

La première étude avant – après (B. I. Goldstein et al., 2014) est un essai visant le développement de la thérapie interpersonnelle avec aménagements des rythmes sociaux et l'évaluation de son efficacité. Ce sont soixante-huit participants de 13 à 18 ans présentant un trouble bipolaire I, un trouble bipolaire II ou un trouble bipolaire non spécifié concomitant à l'usage du cannabis ou de l'alcool qui ont reçu la thérapie centrée sur la famille, mais dix participants ont reçu une forme adaptée à l'usage de substances psychoactives en adjuvant à la pharmacothérapie pour tous les participants. Spécifiquement, cette adaptation a mené à inclure trois items liés à l'usage des substances psychoactives : réduire la fréquence de consommation et les quantités consommées, réduire les méfaits et promouvoir un environnement familial exempt de consommation excessive. Dans cette étude, après douze mois de thérapie, une attrition de quatre participants sur dix est observée pour la forme adaptée de la thérapie. Auprès des participants ayant complété le suivi, les chercheurs observent une réduction des symptômes maniaques ($p = 0.003$) et dépressifs ($p = 0.001$), une réduction non significative de l'usage du cannabis ($p = 0.093$) et une amélioration du fonctionnement global ($p = 0.013$), à l'aide du test-t apparié. Dans la deuxième étude avant – après (Hlastala et al., 2010), ce sont dix-sept participants de 14 à 19 ans présentant un trouble bipolaire I, un trouble bipolaire II ou un trouble bipolaire non spécifié qui ont été soumis à la thérapie interpersonnelle avec aménagement des rythmes sociaux en adjuvant à la pharmacothérapie sur une période de vingt

¹³ L'instrument psychométrique *Kiddie-Schedule for affective disorders and schizophrenia (K-SADS)* (Birmaher, Ehmann, et al., 2009) est la version pédiatrique de l'instrument original *Schedule for affective disorders and schizophrenia (SADS)* (Endicott & Spitzer, 1978).

semaines. Les chercheurs indiquent une amélioration significative sur les symptômes maniaques et dépressifs (BPRS-C¹⁴ : $p = 0.002$, MRS¹⁵ : $p = 0.03$, BDI¹⁶ : $p = 0.04$), de même que plan interpersonnel et du niveau de fonctionnement global (C-GAS¹⁷ : $p = 0.001$). Dans la troisième étude avant – après (Goldstein et al., 2007), réalisée auprès de dix participants de 12 à 18 ans présentant un trouble bipolaire I, un trouble bipolaire II ou un trouble bipolaire non spécifié, c’est la faisabilité, l’acceptabilité et l’efficacité de la thérapie dialectique comportementale qui ont été évaluées. Dans cette étude, la thérapie dialectique comportementale classique (Linehan, 1993) a été modifiée pour y insérer l’entraînement aux interactions familiales en incorporant les membres des familles dans les séances, en ajoutant un module s’appuyant sur la psychoéducation et en mettant l’accent sur le développement d’habiletés à la gestion de la régulation émotionnelle spécifiquement à l’égard de la symptomatologie bipolaire. Après douze mois de thérapie en adjuvant à la pharmacothérapie, la faisabilité et l’acceptabilité ont été jugées élevées par neuf des dix participants, les usagers et les parents ayant jugé la fréquence des séances et leur durée acceptables. De plus, une amélioration significative sur les idées suicidaires et l’automutilation a été observée ($p = 0.06$), de même que sur la régulation émotionnelle ($p = 0.02$) et les symptômes dépressifs ($p = 0.03$), mais pas sur les symptômes maniaques ($p = 0.01$), ni sur le fonctionnement interpersonnel ($p > 0.05$). Dans la quatrième étude avant – après (Miklowitz, Georgea, Axelson, et al., 2004), les vingt participants âgés de 13 à 17 ans et présentant un trouble bipolaire I, un trouble bipolaire II, ainsi que les membres de leur famille, ont reçu la thérapie centrée sur la famille en adjuvant à la pharmacothérapie. Le traitement offert en trois phases réparties sur vingt et une séances : la psychoéducation, l’entraînement aux habiletés de communications et l’entraînement à la résolution de problèmes. À un an, une amélioration significative des symptômes dépressifs de trente-huit pour cent (d de Cohen = 0.065) et maniaques de quarante-six pour cent a pu être observée (d de Cohen = 0.79), de même qu’une diminution significative des problèmes comportementaux (d de Cohen = 1.70).

L’évaluation de la qualité de ces études avant – après a également été réalisée avec le *Newcastle-Ottawa Quality Assessment Scale* (Wells et al., 2009). Comme le montre le l’Annexe 10., nous avons attribué une cote de cinq points sur un maximum de neuf pour la qualité de ces études. La principale faiblesse est l’absence de groupe de comparaison. De plus, ces études ont toutes été réalisées sur un faible nombre de participants avec des instruments autoadministrés.

¹⁴ L’instrument psychométrique *Brief Psychiatric Rating Scale for Children (BPRS-C)* (Pfefferbaum & Overall, 1983), laquelle n’est pas la version pédiatrique de l’instrument original *Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS)* (Faustman & Overall, 1999), est constituée de 21 items portant sur les sept facteurs suivants : les problèmes comportementaux, la dépression, le trouble de la pensée, l’agitation psychomotrice, le retrait, l’anxiété et l’organicité.

¹⁵ L’instrument psychométrique *Mania Rating Scale (MRS)* (R. C. Young, Biggs, Ziegler, & Meyer, 1978) est composé de 11 items évaluant les 11 facteurs suivants : l’humeur, l’énergie, l’intérêt sexuel, le sommeil, l’irritabilité, le trouble de la pensée, le contenu de la pensée, le comportement agressif, l’apparence et l’autocritique.

¹⁶ L’instrument psychométrique *Beck Depression Inventory (BDI)* (Beck & Steer, 1990) est composé de 21 items évaluant les manifestations de la symptomatologie dépressive.

¹⁷ L’instrument psychométrique *Children’s Global Assessment Scale (C-GAS)* (Shaffer, Gould, & Brasic, 1983) documente la sévérité globale de la maladie chez l’enfant.

Dans la première série de cas (Knutsson et al., 2016), sept participants âgés de 13 à 17 ans et présentant un trouble bipolaire I, un trouble bipolaire II ou un trouble bipolaire non spécifié et des membres de leur famille ont reçu une adaptation de la thérapie cognitive comportementale pour les adolescents en adjuvant à la pharmacothérapie sur une période de trois mois. Cette adaptation a été jugée acceptable et complémentaire à la pharmacothérapie et couvrant un large éventail de situations familiales. L'évaluation de la qualité de cette étude, réalisée avec l'outil de Dixon-Woods (Dixon-Woods, Shaw, Agarwal, & Smith, 2004) révèle l'emploi d'une méthodologie pertinente aux questions posées et des conclusions qui contribuent aux connaissances sur l'efficacité des interventions psychosociales, comme le présente l'Annexe 14. Dans la deuxième série de cas (Ozderdem et al., 2009), dix participants âgés de 18 à 34 ans et présentant un trouble bipolaire I ou un trouble bipolaire II, ont reçu la thérapie centrée sur la famille en adjuvant à la pharmacothérapie durant neuf mois. Comme cette recherche a été effectuée en Turquie, il a été jugé qu'elle y était faisable et applicable en Turquie, montrant ainsi une bonne validité écologique. La différence à neuf mois sur le taux de rechute ne fut pas significative (d de Cohen = 1.01). Quant à l'impact sur le niveau de fonctionnement (d de Cohen = 0.56) et la sévérité clinique (d de Cohen = 0.59), une différence avec taille de l'effet moyen a pu être mise en évidence. L'évaluation de la qualité de cette étude a été réalisée avec le *Newcastle-Ottawa Quality Assessment Scale* (Wells et al., 2009). Tel que présenté à l'Annexe 10., nous avons attribué une cote de cinq points sur un maximum de neuf pour cette étude. La principale faiblesse est l'absence de groupe de comparaison. De plus, cette étude a été réalisée sur un faible nombre de participants.

Dans la seule étude de cas identifiée, les auteurs rapportent l'évolution clinique rapidement et significativement améliorée d'une participante de vingt ans et atteinte de dépression bipolaire par l'utilisation sur trois jours de la triple chronothérapie, c'est-à-dire la combinaison de la privation de sommeil à la lumbinothérapie en adjuvant à la pharmacothérapie. Cependant, les auteurs observent une détérioration rapide dès l'arrêt de la thérapie (Gottlieb & Terman, 2012). L'évaluation de la qualité avec l'outil de Dixon-Woods (Dixon-Woods et al., 2004) permet de noter la pertinence de la question, mais la méthodologie et l'argumentaire des conclusions apportent peu à l'avance des connaissances (Annexe 14.).

5.4.3.3. Interventions auprès de participants à leur 1^{er} épisode de trouble bipolaire

Tel que présenté à l'Annexe 18., la seule étude retenue est un essai clinique contrôlé qui s'est échelonné sur dix-huit mois auprès de quarante participants de 15 à 25 ans répartis en deux groupes au même nombre de participants pour comparer en essai pilote l'efficacité d'interventions psychosociales manualisées combinées à la pharmacothérapie au suivi psychosocial habituel de type gestion de cas combiné à la pharmacothérapie. L'évaluation de la qualité de cette étude réalisée avec le *Risk Of Bias in Non-randomized Studies of Interventions* (Sterne et al., 2016) identifie des faiblesses à plusieurs niveaux, tel que mentionné à l'Annexe 13. Les auteurs rapportent une amélioration significative chez les deux groupes sur les symptômes maniaques sans différence entre les groupes cependant ($p < 0.001$). Par ailleurs, le groupe expérimental a montré une amélioration significative sur les symptômes dépressifs ($p < 0.001$) et les deux groupes ont

montré une amélioration clinique globale significative (CGI-S¹⁸ : $p < 0.001$, SOFAS : $p = 0.007$, GAF¹⁹ : $p = 0.001$). Finalement, les auteurs observent l'absence de différence entre les deux groupes sur le taux de rechute ($p = 0.425$) (Macneil et al., 2012).

5.5. Synthèse des données scientifiques

Auprès de participants à haut risque de développer un trouble bipolaire, une seule étude a été retenue, de type avant – après. Les résultats sont positifs et significatifs quant à l'efficacité de la thérapie interpersonnelle avec aménagements des rythmes sociaux sur le cycle veille sommeil, mais l'attrition a été de cinquante pour cent, même si les familles se sont dites satisfaites par cette modalité de traitement à trois volets (psychoéducation, stabilisation du cycle veille sommeil, gestion des facteurs de stress interpersonnels). Cette étude pilote, à elle seule, mène à conclure que la preuve d'efficacité, de la faisabilité et de l'acceptabilité de la thérapie interpersonnelle avec aménagements des rythmes sociaux est non établie et que la prudence est indiquée avant d'utiliser ces résultats sur la seule base des données scientifiques (T. R. Goldstein et al., 2014).

Auprès des participants présentant un trouble bipolaire à début précoce, davantage d'études ont pu être identifiées, dont cinq essais cliniques et quatre études avant – après, deux séries de cas et une étude de cas. Les types d'interventions psychosociales jugées utiles se partagent plusieurs caractéristiques telles que l'entraînement à la résolution de problèmes et les techniques cognitives comportementales, la psychoéducation sur la maladie incluant l'observance à la pharmacothérapie, la routine des activités sociales, la gestion des facteurs de stress interpersonnels, l'hygiène du sommeil, la prévention de la rechute, de même que la participation des membres de la famille dans la thérapie du patient. Ces études semblent ainsi converger vers la démonstration de l'efficacité des interventions psychosociales de diverses modalités en adjuvant à la pharmacothérapie en ce qu'elles sont cliniquement utiles à stabiliser l'état mental et à améliorer le niveau de fonctionnement. La preuve scientifique actuelle est émergente et prometteuse.

Auprès des participants à leur 1^{er} épisode de trouble bipolaire, une seule étude a été retenue, utilisant un devis d'essai clinique contrôlé. Dans cette étude où l'on comparait l'efficacité de la thérapie cognitive comportementale au suivi habituel en adjuvant à la pharmacothérapie, une amélioration significative sur les symptômes dépressifs a été observée chez le groupe expérimental, de même qu'une amélioration significative chez les deux groupes sur le plan des symptômes maniaques et le niveau global de fonctionnement. Cette étude mène à conclure que la preuve d'efficacité des interventions psychosociales en adjuvant à la pharmacothérapie n'est pas établie et que la prudence est indiquée avant d'utiliser ces résultats sur la seule base des données scientifiques (Macneil et al., 2012).

¹⁸ L'instrument psychométrique *Clinical Global Impression Scale (CGI-S)* (Guy, 1976) permet d'évaluer la sévérité d'une maladie psychiatrique sur une échelle en 7 points.

¹⁹ Les instruments psychométriques *Social and Occupational Functioning Assessment Scale (SOFAS)* et *Global Assessment of Functioning (GAF)*, lesquelles évaluent l'impact de la maladie mentale sur le niveau de fonctionnement, ont été dérivés des catégories diagnostiques du Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux, version IV – Texte révisée (Association, 2000).

Le dénombrement des variables apparaissant dans les quatorze études primaires et traduisant les indicateurs de résultats issus des éléments *PICOTS* est présenté au Tableau 5.4.. Pour l'indicateur « symptômes thymiques », ce sont douze études qui rapportent des résultats pour un total de vingt-deux variables rapportées²⁰. Ainsi, il semble y avoir convergence des résultats vers la démonstration de l'efficacité des interventions psychosociales sur les symptômes thymiques (n = 22 ; 77,27 %). Les cinq autres indicateurs issus des éléments *PICOTS* qui suivent en importance sont l'impact positif sur le fonctionnement global (cinq résultats positifs et significatifs sur cinq rapportés), l'impact positif sur l'observance au traitement (trois résultats positifs sur cinq rapportés), l'acceptabilité des interventions utilisées (trois résultats positifs sur trois rapportés) et la « récurrence d'épisodes » (deux résultats positifs sur trois rapportés) et la faisabilité (deux résultats positifs sur deux rapportés). Aucun résultat positif n'a été rapporté pour les indicateurs suivants : insertion sociale, taux d'hospitalisation, qualité de vie, scolarisation et emploi.

Non identifiés dans les éléments *PICOTS*, quelques indicateurs par émergence valent d'être ici soulignés. Il s'agit de résultats positifs quant à la satisfaction des familles (un résultat positif), la régulation du cycle veille sommeil (deux résultats positifs), régulation émotionnelle (deux résultats positifs), le temps de rétablissement (un résultat positif sur deux), la durée sans symptômes maniaques (un résultat), la réduction de l'usage du cannabis (un résultat), le fonctionnement interpersonnel (un résultat), les problèmes comportementaux (un résultat), l'applicabilité auprès d'un large éventail de famille (un résultat).

Ce dénombrement des résultats positifs indiquent d'abord que la recherche des quelque dix dernières années a porté largement sur l'efficacité des interventions psychosociales sur la stabilisation thymique et, secondairement, sur l'impact au plan du fonctionnement global et de l'observance au traitement. Il apparaît que le nombre de résultats positifs pour ce premier groupe des trois variables les plus fréquemment étudiées se présente vingt-cinq fois sur trente-deux (80 %). Pour le second groupe de variables, les interventions psychosociales seraient acceptables et faisables, tout en diminuant la récurrence d'épisode pour sept des huit résultats dénombrés (91,4 %).

²⁰ Par exemple, l'étude de Cardoso et al. (2015) rapporte un résultat sur les symptômes thymiques, alors que l'étude de Inder (2015) rapporte deux résultats sur les symptômes thymiques, à savoir les symptômes dépressifs et les symptômes maniaques et que l'étude de Goldstein et al. (2007) rapporte trois résultats sur le plan thymique, à savoir les symptômes dépressifs, les symptômes maniaques et les idées suicidaires.

Tableau 5.5. – Dénombrement des indicateurs de résultat positif pour la Question 2

| Indicateurs de résultats des éléments <i>PICOTS</i> | Nombre d'études rapportant un résultat | Nombre de variables rapportées | Nombre de variables avec un résultat positif et significatif |
|---|--|--------------------------------|--|
| Symptômes thymiques | 12 | 22 | 17 |
| Fonctionnement global | 5 | 5 | 5 |
| Observance | 5 | 5 | 3 |
| Acceptabilité | 3 | 3 | 3 |
| Récurrence d'épisodes | 3 | 3 | 2 |
| Faisabilité | 2 | 2 | 2 |
| Insertion sociale | 1 | 1 | 0 |
| Taux d'hospitalisation | 0 | s.o. | s.o. |
| Qualité de vie | 0 | s.o. | s.o. |
| Scolarisation | 0 | s.o. | s.o. |
| Emploi | 0 | s.o. | s.o. |
| Indicateurs de résultats additionnels | | | |
| Régulation du cycle veille sommeil | 2 | 2 | 2 |
| Régulation émotionnelle | 2 | 2 | 2 |
| Temps de rétablissement | 2 | 2 | 1 |
| Durée sans symptôme maniaques | 1 | 1 | 1 |
| Satisfaction de la famille | 1 | 1 | 1 |
| Réduction de l'usage du cannabis | 1 | 1 | 1 |
| Fonctionnement interpersonnel | 1 | 1 | 1 |
| Problèmes comportementaux | 1 | 1 | 1 |
| Applicabilité auprès d'un large éventail de famille | 1 | 1 | 1 |

6. Synthèse des données scientifiques, contextuelles et expérientielles

Cette évaluation a permis d'identifier des modèles, programmes et services de santé mentale ainsi que des interventions psychosociales pour le traitement des troubles bipolaires. Alors que la littérature est en émergence, les limites des données issues de la littérature scientifique ont été atténuées grâce à l'apport des experts.

6.1. Évaluation des modèles, programmes et services de santé mentale

Pour la Question 1 portant sur les modèles, programmes et services, l'évaluation de la force de la recommandation est analysée pour les quatre dimensions du cadre d'analyse des programmes de santé mentale pour les jeunes décrits dans la section 4.2.4. (Figure 4.1.). Les résultats de cette évaluation sont présentés dans le Tableau 6.1..

Au niveau de l'accès, la force de la recommandation est faible. La preuve scientifique est non établie pour les services d'intervention précoce pour la psychose. Les données contextuelles et expérientielles convergent avec les données scientifiques. Le développement de services seuls est insuffisant pour améliorer l'accès. Tel que recommandé dans la revue systématique de Lloyd Evans et al. (2011), un membre du comité consultatif soutient l'importance de la mise en œuvre d'une campagne multimodale importante en parallèle au développement des services d'intervention précoce.

Au niveau du rétablissement, la force de la recommandation est modérée. En premier lieu, la preuve scientifique est prometteuse pour les services d'intervention précoce pour la psychose. De plus, les données contextuelles et expérientielles convergent avec les données scientifiques. Les services d'intervention précoces pour la psychose sont d'ailleurs reconnus et implantés à travers le Québec (Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2015). Pour le taux d'emploi (rétablissement fonctionnel), ces services sont encore plus efficaces lorsqu'ils intègrent le soutien à l'emploi de type IPS, autre modèle reconnu et déjà implanté au Québec pour les populations adultes.

Au niveau de l'engagement et de la continuité, le niveau de preuve n'a pu être établi, car aucune revue systématique étudiant l'effet de modèles, programmes ou services dont l'admission était réalisée sans égard à l'âge du patient sur cette mesure n'a été relevée. Cette dimension n'en demeure pas moins importante et le comité consultatif appuie le développement de services conviviaux pour les jeunes (*youth friendly*). Une approche de soins centrés sur la personne permettrait de développer de tels services.

Tableau 6.1 – Évaluation de la force de la recommandation des interventions psychosociales pour le trouble bipolaire chez les jeunes - Question 1

| | Effets de l'intervention, basé sur les données scientifiques (0 à 4) | Convergence des données contextuelles (0 à 3) et expérientielles (0 à 3) avec les données scientifiques | Force de la recommandation (0 à 10) |
|------------------------------------|--|---|--|
| Accès | <p>Preuve scientifique non-établie (0)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Peu de revues systématiques ont été recensées et les résultats des études portant sur les SIP pour la psychose divergent pour les trois indicateurs d'accès évalués, soit la durée de la psychose non traitée, le nombre de références dans le bassin régional et la sévérité des symptômes lors du premier contact. • La preuve scientifique est non établie, quant à l'efficacité des SIP sur l'accès. <p>Note : Le programme TIPS, comprenant une campagne multi-modale très importante a permis de diminuer significativement la durée de la psychose non traitée.</p> | <p>Convergent (3 + 3 = 6)</p> <p>L'implantation seule d'un SIP est insuffisante pour améliorer l'accès aux SIP.</p> | <p>Faible (0 + 6 = 6)</p> <p>La force de la recommandation augmente si le SIP intègre une campagne multi-modale importante.</p> <p>Sont recommandés :</p> <ul style="list-style-type: none"> • initiatives visant spécifiquement le parcours d'accès, • partenariats avec le milieu communautaire. |
| Rétablissement | <p>Preuve scientifique prometteuse (3)</p> <p>Rétablissement clinique</p> <ul style="list-style-type: none"> • Les données scientifiques convergent pour une diminution des hospitalisations mais un seul indicateur de rétablissement clinique a été évalué. <p>Rétablissement fonctionnel</p> <ul style="list-style-type: none"> • Les données scientifiques convergent vers une amélioration du taux d'emploi avec les SIPP. Les taux d'emploi augmentent d'avantage lorsque le SIPP intègrent le modèle de soutien à l'emploi de type IPS. | <p>Convergent (2 + 2)</p> <p>Le comité consultatif a également observé une amélioration au niveau de ces indicateurs ainsi que d'autres indicateurs du rétablissement.</p> | <p>Modérée (3 + 4 = 7)</p> <p>Les SIPP sont des modèles favorisant le rétablissement prometteurs pour le traitement de la psychose.</p> |
| Engagement et continuité | s.o. | s.o. | s.o. |
| Pertinence et acceptabilité | <p>Preuve scientifique ne peut être établie (0).</p> <ul style="list-style-type: none"> • Le modèle de collaboration inter agence a été évalué dans une seule étude primaire recensée dans les revues systématiques. Cette étude rapporte des résultats positifs au niveau de la satisfaction des employés. • Aucune étude primaire évaluant le modèle de soins centré sur la personne n'a été relevé dans les revues systématiques. • Les données scientifiques sont insuffisantes pour établir le niveau de preuve scientifique. | <p>(3 + 3 = 6)</p> <p>Convergent vers un besoin de collaboration et un besoin de développer des services conviviaux aux jeunes (<i>youth friendly</i>), notamment afin d'améliorer l'accès.</p> | <p>Ne peut être chiffrée.</p> <p>Malgré l'absence de preuve scientifique relevée dans la présente revue de revues systématiques, les experts supportent le développement de programmes basés sur le modèle de collaboration inter agence et du modèles de soins centrés sur la personne.</p> |

SIPP : Services d'intervention précoce pour la psychose

Au niveau de la pertinence vécue et de l'acceptabilité, le niveau de preuve n'a pu être établi. Cependant, des facteurs facilitants et contraignants au développement de services centrés sur la personne et au développement de collaboration inter agence ont été identifiés. À travers les rencontres, les experts ont mis l'accent sur l'importance de développer des services conviviaux pour les jeunes, en conformité avec l'approche de soins centrés sur la personne. Ils ont également souligné la nécessité de développer la collaboration entre les services spécialisés et les services de 1^{re} ligne, les ressources

communautaires, les services sociaux et les milieux scolaires, en relation notamment avec les initiatives de ACCÈS Esprits Ouverts.

La présente évaluation des technologies et des modes n'a repéré aucune revue systématique portant sur un modèle, programme ou service spécialisé spécifique à un trouble de santé mentale autre que la psychose. Les données contextuelles et expérientielles en viennent au même constat. Peu de services d'intervention précoce ont été développés pour d'autres troubles. Étant donné les résultats prometteurs obtenus avec les services d'intervention précoce pour la psychose, des membres du comité consultatifs croient que ceux-ci pourraient être adaptés à d'autres troubles de santé mentale.

Pour la Question 2, l'efficacité des interventions psychosociales auprès des jeunes vivant avec un trouble bipolaire est analysée selon les trois catégories de participants présentés dans le Tableau 6.2..

Tableau 6.2. - Évaluation de la force de la recommandation des interventions psychosociales pour le trouble bipolaire chez les jeunes - Question 2

| Catégorie de participants | Effet de l'intervention basé sur les données scientifiques (0 à 4) | Convergence des données contextuelles (0 à 3) et expérientielles (0 à 3) avec les données scientifiques | Force de la recommandation |
|---|--|---|----------------------------|
| Participants à risque | Preuve scientifique non-établie (0) <ul style="list-style-type: none"> La seule étude retenue portant sur les participants à risque présente des résultats positifs, mais l'attrition à 50 % force à conclure à une preuve non-établie | Convergent (3 + 3 = 6) <ul style="list-style-type: none"> Implantée seule, cette intervention n'est pas suffisante. | Faible (0 + 6 = 6) |
| Participants à début précoce | Preuve scientifique prometteuse (3) <ul style="list-style-type: none"> Les onze études retenues convergent vers la démonstration de l'efficacité des interventions psychosociales. | Convergent (3 + 3 = 6) | Élevée (3 + 6 = 9) |
| Participants à leur 1 ^{er} épisode | Preuve scientifique non-établie (0) <ul style="list-style-type: none"> La seule étude retenue indique des résultats positifs, mais à elle seule, elle ne peut constituer une preuve établie. | Convergent (3 + 3 = 6) <ul style="list-style-type: none"> Implantée seule, cette intervention n'est pas suffisante. | Faible (0 + 6 = 6) |

Au niveau des participants à risque, la force de la recommandation est faible. La preuve scientifique n'a pas pu être établie pour les interventions psychosociales car une seule étude a été repérée. Les données contextuelles et expérientielles convergent avec les données scientifiques. Implantée seules, ces interventions ne sont pas suffisantes. Le niveau de preuve n'est pas établi.

Au niveau des participants en début précoce, la force de la recommandation est élevée. La preuve scientifique est prometteuse pour les interventions psychosociales. Les données contextuelles et expérientielles convergent avec les données scientifiques.

Au niveau des participants à leur 1^{er} épisode, la force de la recommandation est faible. La preuve scientifique n'a pas pu être établie pour les interventions psychosociales. Les données contextuelles et expérientielles convergent vers les données scientifiques.

6.2. Implantation

En ce qui concerne le modèle de prestation des services et des populations visées, étant donné l'exercice diagnostique particulièrement délicat pour plusieurs troubles de santé mentale, notamment les troubles bipolaires, les experts sont d'avis que les services de détection précoce devraient accueillir tous les jeunes présentant une détresse psychologique ou à risque de développer un trouble de santé mentale, et ce, sans égard au diagnostic. Ainsi, les spécialistes pourraient évaluer les besoins avant de déterminer lequel des services spécialisés est le mieux adapté, selon la problématique qui se développe. La majorité des experts croient qu'il faut initier la thérapie chez les jeunes dans un programme ou un service qui combine des interventions psychoéducatives et familiales en adjuvant à la pharmacothérapie, dès que la symptomatologie et la détresse psychologique ressenties et observées sont significatives (début précoce), et ce, sans égard au diagnostic. Le développement de services pour jeunes à risque, tel que *CAYR (Clinic for Assessment of Youth at Risk)* de Montréal, permettrait d'améliorer l'accès.

À propos du groupe d'âge, la majorité des experts considèrent qu'en ciblant le groupe d'âge de 14 à 35 ans, l'introduction d'interventions psychosociales rejoindrait effectivement les personnes qui présentent un trouble à début précoce. De plus, l'âge minimal du consentement aux soins étant fixé à 14 ans, la gestion des opérations serait ainsi plus uniforme. Cependant, l'un des membres soulève une mise en garde à cet effet, argumentant que l'un des objectifs principaux de la présente revue est de se pencher notamment sur les contraintes liées à l'âge et d'orienter les nouvelles pratiques sur la base des données scientifiques et expérientielles. Or, il appert à ce membre expert que tant la littérature que les données empiriques issues de la pratique indiquent le contraire. Cet expert soutient que, si les cliniciens souhaitent dépister précocement, s'ils souhaitent rehausser la pertinence de la psychoéducation et de l'intervention familiale pour les usagers à risque, à leur 1^{er} épisode et à début précoce de la maladie, il est impératif d'éviter un âge minimum pour accéder à des services. L'âge d'accès aux programmes soulève une question éthique portant sur l'adaptation des programmes et des interventions aux besoins des usagers, ou l'inverse. Il faudra débattre de cette question lors de l'élaboration des programmes et des interventions à mettre en œuvre.

Concernant les milieux d'intervention, les experts suggèrent d'utiliser les lieux et locaux actuels des services spécialisés, de manière à éviter la création de nouvelles surspécialisations, d'une part, mais surtout parce que les interventions cliniques et

psychosociales à introduire sont destinées à des personnes qui se trouvent déjà dans ces services. Cette proposition converge partiellement avec les données d'accès de la revue de revues systématiques. L'apport du milieu communautaire et des partenaires comme les écoles doit être considéré afin d'encourager l'intégration des services, sensibiliser la population sur la maladie mentale et favoriser la détection précoce. La mise en œuvre d'une campagne multimodale est recommandée en parallèle au développement des services.

Concernant les services, ceux-ci devraient intégrer des interventions psychosociales. Selon les experts, le suivi psychoéducatif général et spécialisé devrait être adapté au groupe d'âge des usagers. Le programme *IPS* devrait également être intégré. Le suivi auprès des jeunes, incluant la thérapie centrée sur la famille et la thérapie interpersonnelle avec aménagement des rythmes sociaux, peut être effectué en personne, individuellement ou en groupe, ou par l'intermédiaire de plateformes Web.

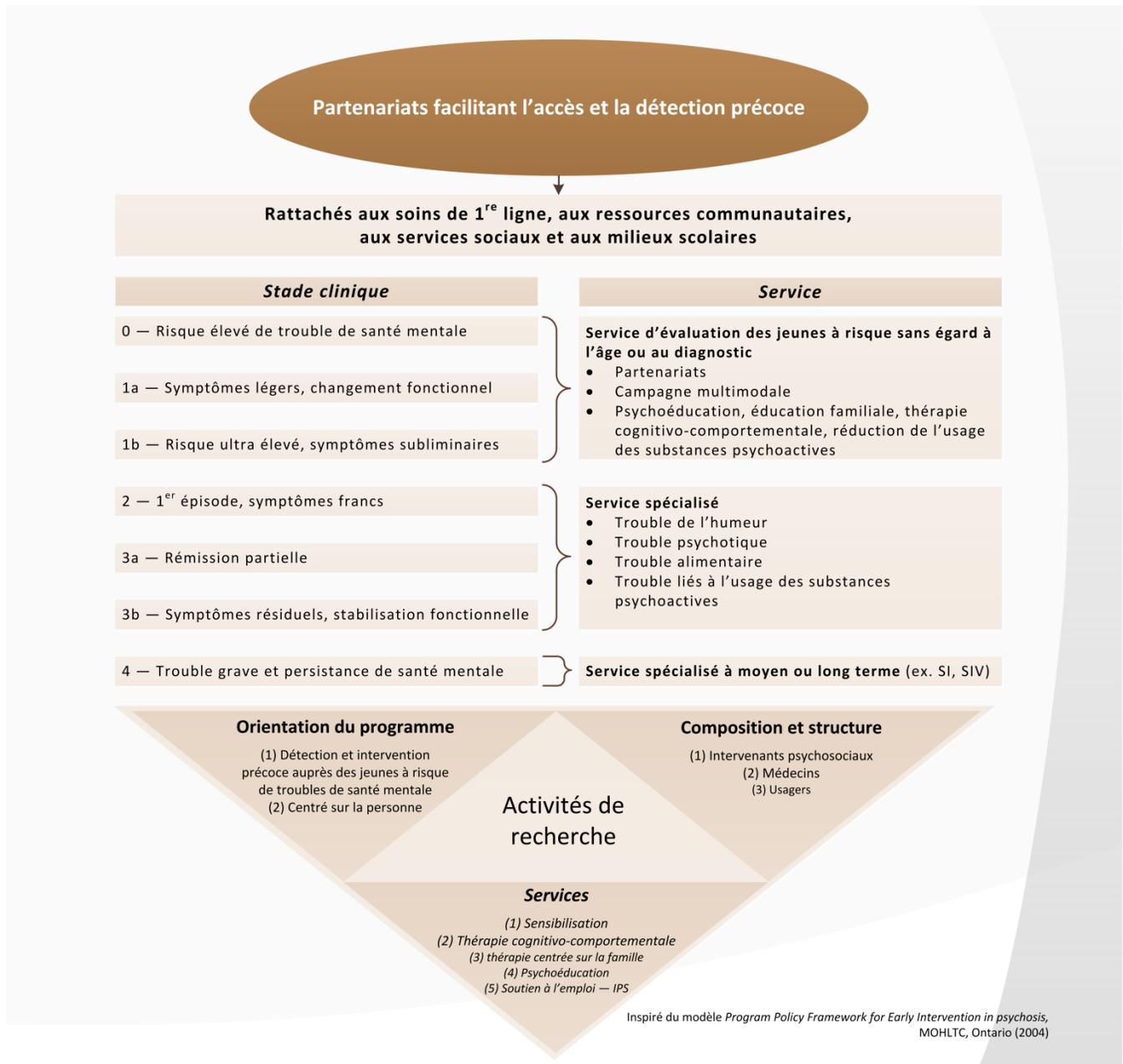
Finalement, quant aux scénarios d'implantation, les experts s'entendent pour affirmer que la robustesse de la preuve est difficile à obtenir dans le champ psychosocial. Ainsi, il est recommandé de compenser par l'apport des données expérientielles lors de la phase d'implantation. Les experts recommandent la création d'un groupe de travail clinique permanent qui verrait à l'implantation et l'amélioration continue de la qualité des services, jumelés à une équipe de recherche. Ce groupe de travail devrait inclure travailleurs sociaux, éducateurs, psychiatres et médecins de famille œuvrant dans les services spécialisés et dans les services de 1^{re} ligne, ainsi que des usagers et leur famille.

7. Recommandations

Les données scientifiques jumelées aux données contextuelles et expérientielles permettent de formuler les recommandations suivantes (voir la figure ci-bas pour la schématisation des recommandations) :

1. Que la philosophie des programmes et services à mettre en place pour les jeunes à risque ou présentant un trouble de santé mentale se réfère au modèle de soins centrés sur la personne et son rétablissement et ce, sans égard à l'âge ou au diagnostic ;
 - 1.1. Que l'orientation des services d'intervention et de détection précoce soit de diminuer la durée de la maladie non traitée, sans égard à l'âge, selon une approche de services intégrés où tous les jeunes présentant une détresse psychologique quelconque ou à risque de développer un trouble de santé mentale, sans égard au diagnostic pourraient être accueillis ;
 - 1.2. Que des partenariats facilitant l'accès et la détection précoce des troubles sévères de santé mentale soient développés avec les soins de 1re ligne, les ressources communautaires, les services sociaux et les milieux scolaires ;
 - 1.3. Que des campagnes multimodales (reach out) d'information soient mises en œuvre parallèlement aux services d'intervention précoce de manière à sensibiliser les jeunes et le personnel en milieu scolaire, les médecins de famille (selon l'approche de communication) ;
 - 1.4. Que les services d'interventions précoces intègrent, en adjuvant à la pharmacothérapie, des interventions psychosociales pour les adolescents et jeunes adultes présentant un trouble bipolaire à début précoce, idéalement manualisés et dispensés par du personnel dûment formé ;
 - 1.4.1. Que ces services, en lien avec la stadification, visent les personnes aux stades 2, 3a, 3b, 3c, c'est-à-dire à partir du 1er épisode jusqu'à la présence de rechutes nombreuses ;
 - 1.4.2. Que ces services conjuguent la thérapie cognitive comportementale, l'intervention centrée sur la famille et la psychoéducation ;
 - 1.4.3. Qu'à l'intérieur de ces services intégrés, soit offert le soutien à l'emploi de type « placement et soutien individuel » (Individual Placement and Support – IPS), et développé le soutien à la poursuite de l'éducation, selon l'approche d'équipe intégrée.
2. Qu'un groupe de travail, intégrant intervenants sociaux tels que les éducateurs, psychiatres et médecins de famille œuvrant dans les services spécialisés et dans les services de 1re ligne, ainsi que des usagers et leur famille, soit mise en place afin d'orienter l'implantation du service. Les facteurs contraignants à l'accès devraient être explorés.
3. Que les programmes soient évalués au moyen d'activités de recherche.

Figure 7.1. – Recommandations pour l’implantation d’un continuum de services en santé mentale pour les jeunes



Annexes de la Question 1

Annexe 1. – Stratégie de recherche pour la Question 1

| Concepts-clés de la stratégie de recherche | | | | |
|--|--|---|--|--|
| | Medline | ASSIA | Embase | CINAHL |
| Groupe d'âge | Adolescen*.ti,ab. | | Adolescen*.ti,ab. | |
| | Teen*.ti,ab. | | Adolescen*.ti,ab. | |
| | "Young adult".ti,ab. | | "Young adult".ti,ab. | |
| | Adolescent/ | | Adolescent/ | |
| | Adult/ | | Adult/ | |
| | Youth*.ti,ab. | | Youth*.ti,ab. | |
| Pathologie | "mental health".ti,ab. | ab("mental health") OR ti("mental health") | "mental health".ti,ab. | "mental health".ti,ab. |
| | Mental health/ | Mental health/ | Mental health/ | MH Mental health |
| | "mental disorder*".ti,ab. | ab("mental disorder*") OR ti("mental disorder*") | "mental disorder*".ti,ab. | "mental disorder*".ti,ab. |
| | Mental disorders/ | Psychiatric disorders | Mental disease/ | MH Mental disorders |
| | Bipolar disorders/ | SU.EXACT("Bipolar affective disorder") | Bipolar disorders/ | MH Bipolar disorder |
| | "Bipolar disorder*".ti,ab. | ab("Bipolar disorder*") OR ti("Bipolar disorder*") | "Bipolar disorder*".ti,ab. | "Bipolar disorder*".ti,ab. |
| | "bipolar depression*".ti,ab. | ab("bipolar depression*") OR ti("bipolar depression*") | "bipolar depression*".ti,ab. | "bipolar depression*".ti,ab. |
| | "bipolar II disorder*".ti,ab. | ab("bipolar II disorder*") OR ti("bipolar II disorder*") | "bipolar II disorder*".ti,ab. | "bipolar II disorder*".ti,ab. |
| | "bipolar I disorder*".ti,ab. | ab("bipolar I disorder*") OR ti("bipolar I disorder*") | "bipolar I disorder*".ti,ab. | "bipolar I disorder*".ti,ab. |
| | "rapid cycling bipolar disorder*".ti,ab. | ab("rapid cycling bipolar disorder*") OR ti("rapid cycling bipolar disorder*") | "rapid cycling bipolar disorder*".ti,ab. | "rapid cycling bipolar disorder*".ti,ab. |
| | "bipolar II depression*".ti,ab. | ab("bipolar II depression*") OR ti("bipolar II depression*") | "bipolar II depression*".ti,ab. | "bipolar II depression*".ti,ab. |
| | "bipolar I depression*".ti,ab. | ab("bipolar I depression*") OR ti("bipolar I depression*") | "bipolar I depression*".ti,ab. | "bipolar I depression*".ti,ab. |
| | "bipolar mania".ti,ab. | ti("bipolar mania") OR ab("bipolar mania") | "bipolar mania".ti,ab. | "bipolar mania".ti,ab. |
| | "bipolar I mania".ti,ab. | ti("bipolar I mania") OR ab("bipolar I mania") | "bipolar I mania".ti,ab. | "bipolar I mania".ti,ab. |
| | "bipolar II mania".ti,ab. | ti("bipolar II mania") OR ab("bipolar II mania") = 0 articles, donc pas indiqué dans l'équation | "bipolar II mania".ti,ab. | "bipolar II mania".ti,ab. |
| | Subsyndromal.ti,ab. | ti(Subsyndromal) OR ab(Subsyndromal) | Subsyndromal*.ti,ab. | Subsyndromal*.ti,ab. |
| | Prodrom*.ti,ab. | ti(Prodrom*) OR ab(Prodrom*) | Prodrom*.ti,ab. | Prodrom*. |
| | "mood disturbance".ti,ab. | ti("mood disturbance") OR ab("mood disturbance") | "mood disturbance".ti,ab. | "mood disturbance".ti,ab. |
| | "Mood disorder*".ti,ab. | ti("Mood disorder*") OR ab("Mood disorder*") | "Mood disorder*".ti,ab. | "Mood disorder*".ti,ab. |
| | Prodromal symptoms/ | SU.EXACT("Prodromal symptoms") | Prodromal symptoms/ | N/A |
| "prodromal symptom*".ti,ab. | ti("prodromal symptom*") OR ab("prodromal symptom*") | "prodromal symptom*".ti,ab. | "prodromal symptoms".ti,ab. | |
| "first episode psychosis".ti,ab. | ab("first episode psychosis") OR ti("first episode psychosis") | "first episode psychosis".ti,ab. | "first episode psychosis".ti,ab. | |
| Psychotic disorders/ | SU.EXACT("Psychotic mood disorders") | Psychosis/ | Psychotic disorders/ | |
| "psychotic disorder*".ti,ab. | ab("Psychotic disorder*") OR ti("Psychotic disorder*") | "psychotic disorder*".ti,ab. | "psychotic disorder*".ti,ab. | |
| Anxiety disorders/ | SU.EXACT("Anxiety disorders") | Anxiety disorders/ | Anxiety disorders/ | |
| "anxiety disorders".ti,ab. | ab("anxiety disorders") OR ti("anxiety disorders") | "anxiety disorders".ti,ab. | "anxiety disorders".ti,ab. | |
| Personality disorders/ | SU.EXACT("Personality disorders") | Personality disorders/ | Personality disorders/ | |
| "personality disorders".ti,ab. | ab("personality disorders") OR "personality disorders" | | "personality disorders".ti,ab. | |
| "early psychosis".ti,ab. | ab("early psychosis") OR "early psychosis" | | "early psychosis".ti,ab. | |
| "first episode psychosis".ti,ab. | ab("first episode psychosis") OR ti("first episode psychosis") | | "first episode psychosis".ti,ab. | |
| "early onset bipolar disorder*".ti,ab. | ab("early onset bipolar disorder*") OR ti("early onset bipolar disorder*") | "early onset bipolar disorder*".ti,ab. | "early onset bipolar disorder*".ti,ab. | |
| Traitement | Mental Health Services/ | SU.EXACT("Mental health services") | Mental Health Services/ | Mental Health Services/ |
| | "mental health services".ti,ab. | ab("mental health services") OR ti("mental health services") | "mental health services".ti,ab. | "mental health services".ti,ab. |
| | "early intervention*".ti,ab. | ab("early intervention*") OR ti("early intervention*") | "early intervention*".ti,ab. | "early intervention*".ti,ab. |

| Concepts-clés de la stratégie de recherche | | | | |
|---|--|--|---|--|
| | "early prevention".ti,ab. | ab("early prevention") OR ti("early prevention") | "early prevention".ti,ab. | "early prevention".ti,ab. |
| | "early detection".ti,ab. | ab("early detection") OR ti("early detection") | "early detection".ti,ab. | "early detection".ti,ab. |
| | Early diagnosis/ | N/A | Early diagnosis/ | Early diagnosis |
| | "early diagnosis".ti,ab. | ab("early diagnosis") OR ti("early diagnosis") | "early diagnosis".ti,ab. | "early diagnosis*.ti,ab. |
| | Early medical intervention/ | Le résultat de la recherché est 0 | Early intervention/ | Early intervention/ |
| | "first episode program".ti,ab. | ab("first episode program*") OR ti("first episode program*") | | |
| | "early intervention program".ti,ab. | "early intervention program" | "early intervention program".ti,ab. | "early intervention program".ti,ab. |
| | "early psychosis intervention".ti,ab. | "early psychosis intervention" | "early psychosis intervention".ti,ab. | "early psychosis intervention".ti,ab. |
| | "mental health program".ti,ab. | "mental health program" | "mental health program".ti,ab. | "mental health program".ti,ab. |
| | "early psychosis program".ti,ab. | "early psychosis program" | "early psychosis program".ti,ab. | "early psychosis program".ti,ab. |
| | "psychosis service".ti,ab. | ab("psychosis service*") OR ti("psychosis service*") | "psychosis service".ti,ab. | "psychosis service*.ti,ab. |
| | "early intervention in psychosis".ti,ab. | ab("early intervention in psychosis") OR ti("early intervention in psychosis") | "early intervention in psychosis".ti,ab. | "early intervention in psychosis".ti,ab. |
| Revue systématique | Meta-analysis/ | SU.EXACT("Meta-analysis") | Meta-analysis/ | MH Meta-analysis |
| | Technology Assessment Biomedical/ | N/A | Biomedical technology assessment/ | N/A |
| | "Synthesis of reviews".ti,ab. | ab("Synthesis of reviews") OR ("Synthesis of reviews") | (Synthesis of reviews).ti,ab. | "Synthesis of reviews".ti,ab. |
| | "overview* of reviews".ti,ab. | "overview* of reviews". | overview* of reviews.ti,ab. | "overview* of reviews".ti,ab. |
| | "review* of reviews".ti,ab. | Résultat = 0 | (review* of reviews).ti,ab. | "review* of reviews".ti,ab. |
| | (umbrella adj reviews).ti,ab. | Résultat = 0 | (umbrella adj reviews).ti,ab. | (umbrella N1 reviews).ti,ab. |
| | "technology assessment".ti,ab. | ab("technology assessment") OR ti("technology assessment") | (technology assessment).ti,ab. | "technology assessment".ti,ab. |
| | HTA.ti,ab. | hta | HTA.ti,ab. | HTA.ti,ab. |
| | HTAs.ti,ab. | htas | HTAs.ti,ab. | HTAs.ti,ab. |
| | (meta adj analy*).ti,ab. | ab("meta analy*") OR ti("meta analy*") | (meta adj analy*).ti,ab. | (meta N1 analy*).ti,ab. |
| Metaanaly*.ti,ab. | ab(Metaanaly*) OR ti(Metaanaly*) | Metaanaly*.ti,ab. | Metaanaly*.ti,ab. | |
| Meta-analysis.pt | N/A | Meta-analysis.pt | Meta-analysis.pt | |
| "meta-synthes* ".ti,ab. | ab("meta-synthes*") OR ti("meta-synthes*") | (meta-synthes*).ti,ab. | "meta-synthes* ".ti,ab. | |
| (systematic adj3 (review* or overview*)).ti,ab. | ab(systematic N/3 (review* or overview*)) OR ti(systematic N/3 (review* or overview*)) | (systematic adj3 (review* or overview*)).ti,ab. | (systematic N3 (review* or overview*)).ti,ab. | |
| Comment/ | | N/A | Comment/ | |
| Editorial/ | | Editorial/ | Editorial/ | |
| Letter/ | | Letter/ | Letter/ | |

Annexe 2. – Liste des études exclues après lecture complète pour la Question 1

| Étude | Motif d'exclusion |
|---|--|
| 1 (Anderson, Flora, Archie, Morgan, & McKenzie, 2014) | Ne porte pas sur les modèles, programmes ou services spécialisés en santé mentale. |
| 2 (Anderson, Fuhrer, & Malla, 2010) | Ne porte pas sur les modèles, programmes ou services spécialisés en santé mentale. |
| 3 (Antoniades, Mazza, & Brijnath, 2014) | Les modèles, programmes ou services évalués ne desservent pas à la fois les adolescents et les jeunes adultes. |
| 4 (Birchwood et al., 2014) | N'est pas une revue systématique. |
| 5 (Bower, Gilbody, Richards, Fletcher, & Sutton, 2006) | Les modèles, programmes ou services évalués ne desservent pas à la fois les adolescents et les jeunes adultes. |
| 6 (Bradford et al., 2013) | Les modèles, programmes ou services évalués ne desservent pas à la fois les adolescents et les jeunes adultes. |
| 7 (Burns, 2009) | N'est pas un article (résumé de conférence). |
| 8 (Butler et al., 2011) | Les modèles, programmes ou services évalués ne desservent pas à la fois les adolescents et les jeunes adultes. |
| 9 (Callaghan, Eales, Coates, & Bowers, 2003) | Les modèles, programmes ou services évalués ne desservent pas à la fois les adolescents et les jeunes adultes. |
| 10 (Cape, Whittington, & Bower, 2010) | Les modèles, programmes ou services évalués ne desservent pas à la fois les adolescents et les jeunes adultes. |
| 11 (Craven & Bland, 2006) | Ne porte pas sur les modèles, programmes ou services spécialisés. |
| 12 (Dowrick et al., 2009) | Les modèles, programmes ou services évalués ne desservent pas à la fois les adolescents et les jeunes adultes. |
| 13 (Doyle et al., 2014) | Est une revue systématique n'ayant pas utilisé un minimum de trois bases de données. |
| 14 (Embrett, Randall, Longo, Nguyen, & Mulvale, 2016) | Les modèles, programmes ou services évalués ne desservent pas à la fois les adolescents et les jeunes adultes. |
| 15 (Franx et al., 2008) | Les modèles, programmes ou services évalués ne desservent pas à la fois les adolescents et les jeunes adultes. |
| 16 (Gulliver, Griffiths, & Christensen, 2010) | Ne porte pas sur les modèles, programmes ou services spécialisés en santé mentale. |
| 17 (Heyeres, McCalman, Tsey, & Kinchin, 2016) | Ne porte pas sur les modèles, programmes ou services spécialisés en santé mentale. |
| 18 (Hsiang et al., 2017) | Les modèles, programmes ou services évalués ne desservent pas à la fois les adolescents et les jeunes adultes. |
| 19 (Renju & Birchwood, 2005) | N'est pas une revue systématique. |
| 20 (E. Killackey & Yung, 2007) | N'est pas une revue systématique. |
| 21 (Kim, Munson, & McKay, 2012) | Ne porte pas sur les modèles, programmes ou services spécialisés en santé mentale. |
| 22 (Kinchin, Tsey, Heyeres, & Cadet-James, 2016) | Les deux seules études primaires sélectionnées dans cette revue systématique répondant aux critères d'âge de cette revue systématique ne portent pas sur les modèles, programmes ou services spécialisés en santé mentale. |
| 24 (Max Marshall & Rathbone, 2011) | Est une revue systématique n'ayant pas utilisé un minimum de trois bases de données. |
| 26 (Nordentoft, Rasmussen, Melau, Hjorthøj, & Thorup, 2014) | N'est pas une revue systématique. |
| 27 (Nosé, Barbui, & Tansella, 2003) | Ne porte pas sur les modèles, programmes ou services spécialisés en santé mentale. |
| 28 (Omer, Priebe, & Giacco, 2015) | Les modèles, programmes ou services évalués ne desservent pas à la fois les adolescents et les jeunes adultes. |
| 29 (Skalli & Nicole, 2011) | Est une revue systématique n'ayant pas utilisé un minimum de trois bases de données. |
| 30 (Thornicroft & Tansella, 2004) | Est une revue systématique n'ayant pas utilisé un minimum de trois bases de données. |
| 31 (Welch & Welch, 2007) | Ne comprend pas un diagramme PRISMA |
| 32 (Woltmann et al., 2012) | Les modèles, programmes ou services évalués ne desservent pas à la fois les adolescents et les jeunes adultes. |

Annexe 3. – Caractéristiques des revues systématiques incluses pour la Question 1

| Auteurs | Objectifs | Résultats | Accès | Engagement & Continuité | Rétablissement | Pertinence & Acceptabilité |
|----------------------------------|--|---|-------|-------------------------|----------------|----------------------------|
| (G. R. Bond et al., 2015) | Effectuer la revue et la synthèse quantitative des données portant sur l'efficacité des services d'intervention précoce sur l'emploi et de l'éducation. | <p>11 études portant sur les SIP intégrant le soutien à l'emploi ont été repérées. Parmi les 8 études qui ont rapporté des résultats sur l'emploi séparément de ceux portant sur l'éducation, le taux d'emploi pendant le suivi pour les patients ayant un soutien professionnel à l'emploi était de 49 %, contre (comparé à ?)29 % pour les usagers recevant des services traditionnels (soins usuels ?). Aucune différence n'a été notée quant au taux d'inscription à un programme d'enseignement. La méta-analyse de 4 études contrôlées a montré que le taux d'emploi pour les participants recevant un soutien à l'emploi était significativement plus élevé que pour les participants du groupe contrôle (OR = 3,66 [1,93-6,93], p < 0,0001).</p> <p>5 études (4 descriptives et 1 quasi-expérimentale) portant sur des SIP intégrant des services de soutien professionnels non standardisés ont été repérées. Les résultats sont peu concluants.</p> <p>12 études portant sur des SIP sans soutien professionnel ont été repérées. Celles-ci étaient méthodologiquement hétérogènes, utilisant différentes méthodes pour évaluer les taux d'emploi et d'inscription à un programme éducatif. Parmi les études comprenant un groupe de comparaison, 7 sur 11 (64 %) ont obtenu des résultats significatifs pour le taux d'emploi/inscription à un programme éducatif, favorisant les SIP par rapport aux services traditionnels.</p> | | | X | |
| (Cooper et al., 2016) | Déterminer si la collaboration inter agences a un impact positif sur l services de santé mentale pour les enfants et les jeunes ; Identifier les facteurs facilitants et les facteurs contraignants au modèle de collaboration inter agence. | La revue systématique a identifié 33 études. Les résultats étaient mitigés : certains résultats indiquant que la collaboration inter agences était associée à une meilleure utilisation et une équité dans la prestation de services, mais d'autres suggérant des effets négatifs sur l'utilisation et la qualité des services. Toutefois, la collaboration inter agences a été jugée utile et importante par les utilisateurs et les professionnels, qui ont évalué ces initiatives positivement. On retrouve parmi les facteurs facilitants l'implantation une bonne communication entre les agences, une formation conjointe, une compréhension mutuelle et une valorisation mutuelle entre les agences, le soutien de la haute direction, la présence de protocoles de collaboration inter agences et une personne désignée pour assurer la liaison. Les facteurs contraignants les plus cités étaient un manque de ressources, une mauvaise communication entre les agences, un manque de valorisation entre les organismes, les perspectives divergentes, une mauvaise compréhension entre les agences et les enjeux de confidentialité. | | | | X |
| (Gondek et al., 2016) | Examiner systématiquement les facteurs influençant l'implantation du modèle de soins centrés sur la personne dans les services de santé mentale pour les enfants, les jeunes et leurs familles selon les perspectives des professionnels, des usagers, de leurs familles ou de leurs responsables. | La revue systématique a identifié 23 études qualitatives. Les facteurs facilitants les plus cités étaient le partage d'information, l'écoute, le respect et la validation, la qualité des relations et du soutien, la capacité des enfants et des jeunes à s'impliquer dans leurs soins, la participation des parents et le manque de ressources. | | | | X |
| (Lloyd-Evans et al., 2011) | Évaluer les initiatives de dépistage précoce de la psychose. | La revue systématique a identifié 11 études évaluant huit initiatives de dépistage précoce. Les données suggèrent que les campagnes d'éducation auprès des médecins généralistes et les SIP dédiés ne suffisent pas à réduire la durée de la psychose non traitée ou à augmenter le nombre d'individus traités. Les résultats concernant les des initiatives multimodales sont mitigés: des campagnes intensives ciblant le grand public ainsi que les professionnels peuvent être nécessaires. Aucune étude n'a évalué les initiatives ciblant les jeunes ou les professionnels de milieux autres que la santé. | X | | | |

Légende

SIP = Services d'intervention précoce

Annexe 4. – Tableau de l'évaluation de la qualité des revues systématiques pour la Question 1

| ROBIS: Tool to assess risk of bias in systematic reviews (Whiting et al., 2016) | | Interrater assessment | | | | |
|---|--|---------------------------|-----------------------|-----------------------|----------------------------|--------------------------------|
| | | (G. R. Bond et al., 2015) | (Cooper et al., 2016) | (Gondek et al., 2016) | (Lloyd-Evans et al., 2011) | (Randall, Vokey, et al., 2015) |
| 1. Study eligibility criteria | 1.1 Did the review adhere to pre-defined objectives and eligibility criteria? | Y | Y | Y | Y | Y |
| | 1.2 Were the eligibility criteria appropriate for the review question? | Y | Y | Y | Y | Y |
| | 1.3 Were eligibility criteria unambiguous? | Y | Y | Y | Y | Y |
| | 1.4 Were all restrictions in eligibility criteria based on study characteristics appropriate (e.g. date, sample size, study quality, outcomes measured)? | Y | PY | PY | Y | Y |
| | 1.5 Were any restrictions in eligibility criteria based on sources of information appropriate (e.g. publication status or format, language, availability of data)? | Y | PY | Y | Y | Y |
| <i>Judgment</i> | <i>Concerns</i> | L | L | L | L | L |
| 2. Identification and selection of studies | 2.1 Did the search include an appropriate range of databases/electronic sources for published and unpublished reports? | PN | Y | Y | Y | Y |
| | 2.2 Were methods additional to database searching used to identify relevant reports? | PN | Y | Y | Y | Y |
| | 2.3 Were the terms and structure of the search strategy likely to retrieve as many eligible studies as possible? | PY | Y | Y | Y | Y |
| | 2.4 Were restrictions based on date, publication format, or language appropriate? | Y | Y | Y | Y | Y |
| | 2.5 Were efforts made to minimise error in selection of studies? | PN | Y | Y | Y | Y |
| <i>Judgment</i> | <i>Concerns</i> | H | L | L | L | L |
| 3. Data collection and study appraisal | 3.1 Were efforts made to minimise error in data collection? | PN | Y | Y | Y | N |
| | 3.2 Were sufficient study characteristics available for both review authors and readers to be able to interpret the results? | Y | Y | Y | Y | N |
| | 3.3 Were all relevant study results collected for use in the synthesis? | PY | Y | Y | Y | Y |
| | 3.4 Was risk of bias (or methodological quality) formally assessed using appropriate criteria? | PN | Y | Y | Y | Y |
| | 3.5 Were efforts made to minimise error in risk of bias assessment? | PN | Y | Y | NI | Y |
| <i>Judgment</i> | <i>Concerns</i> | H | L | L | L | H |
| 4. Synthesis and findings | 4.1 Did the synthesis include all studies that it should? | PY | Y | Y | Y | Y |
| | 4.2 Were all pre-defined analyses reported or departures explained? | Y | PY | Y | Y | PY |
| | 4.3 Was the synthesis appropriate given the nature and similarity in the research questions, study designs and outcomes across included studies? | Y | Y | PY | Y | Y |
| | 4.4 Was between-study variation (heterogeneity) minimal or addressed in the synthesis? | PY | PY | PY | Y | Y |
| | 4.5 Were the findings robust, e.g. as demonstrated through funnel plot or sensitivity analyses? | Y | N | N | N | Y |
| | 4.6 Were biases in primary studies minimal or addressed in the synthesis? | PN | PY | PY | PY | PY |
| <i>Judgment</i> | <i>Concerns</i> | L | L | L | H | L |
| Domain | 1. Concerns regarding specification of study eligibility criteria | L | L | L | L | L |
| | 2. Concerns regarding methods used to identify and/or select studies | H | L | L | L | L |
| | 3. Concerns regarding used to collect data and appraise studies | H | L | L | L | H |
| | 4. Concerns regarding the synthesis and findings | L | L | L | H | L |
| Risk of bias in the review | A. Did the interpretation of findings address all of the concerns identified in Domains 1 to 4? | | | | | |
| | B. Was the relevance of identified studies to the review's research question appropriately considered? | | | | | |
| | C. Did the reviewers avoid emphasizing results on the basis of their statistical significance? | | | | | |
| Risk of bias in the review | | H | L | L | L | L |

Annexe 5. – Résultats portant sur l'accès

Effets d'un changement dans la configuration des services, tel que l'implantation d'un service d'intervention précoce. Source des données : Supplément d'information de la revue systématique portant notamment sur les effets d'un changement dans la configuration des services, tel que l'implantation d'un service d'intervention précoce Lloyd-Evans et al. (2011).

| Auteurs | Nom du programme, Pays | Population | Plan d'étude | Échantillon | Durée de la psychose non traitée moyenne (écart-type) | | Durée de la psychoses non traitée médiane | | Niveau de preuve Différence significative/non significative |
|-----------------------------------|--|---|--|--|---|-------------------|---|-------------------|--|
| | | | | | Groupe Intervention | Groupe Comparatif | Groupe Intervention | Groupe Comparatif | |
| (McGorry et al., 1996) | EPPIC (<i>Early Psychosis Prevention & Intervention Centre</i>) Australie | <ul style="list-style-type: none"> PEP sans Tx préalable pour la psychose Âge : 16-30 | <ul style="list-style-type: none"> Étude de cohorte avec groupe de comparaison rétrospectif avec appariement Suivi : 8 mois | I = 51 patients EPPIC C = appariement avec patients admis au cours des 3 dernières années (aucun SIP) | 191 (484) jours | 236 (703) jours | 52 jours | 30 jours | Moyenne significativement plus élevée ²¹ (valeur p non rapportée) |
| (Yung et al., 2003) | Idem à McGorry et al. (1996) | <ul style="list-style-type: none"> PEP sans Tx préalable pour la psychose Âge : 16-30 | <ul style="list-style-type: none"> Cohorte – rétrospective avec groupe de comparaison Suivi : 24 mois | I = 51 patients EPPIC C = 53 patients admis par les équipes de s.m. communautaires au cours des deux dernières années | 191 (484) jours | 469 (953) jours | 52 jours | 90 jours | aucun test |
| (Johannessen et al., 2001) | TIPS (<i>Early Treatment and Intervention in First Episode Psychosis</i>) Norvège | <ul style="list-style-type: none"> psychose sans Tx antérieur avec anti-psychothique depuis 12 sem, sans problème de santé physique, sans contreindication à l'usage d'antipsychotiques Âge : 15-65 | <ul style="list-style-type: none"> Étude de cohorte avec groupe de comparaison rétrospectif 24-36 mois avant / 24 mois après | I = Services après : SIP (n=60) C = Services traditionnels avant SIP (n=43) | 26 sem | 114 sem | 5 sem | 26 sem | Différence significative pour la moyenne (p=0.005) |
| (Melle et al., 2004) | Idem à Johannessen et al. (2001) | <ul style="list-style-type: none"> idem | <ul style="list-style-type: none"> Essai non randomisé | I = SIP C = services traditionnels sans SIP | n/a | n/a | 5 sem | 16 sem | Différence significative (p=0.003) |
| (A. K. Malla et al., 2005) | PEPP (<i>Prevention and Early Intervention Program for Psychosis</i>) Canada | <ul style="list-style-type: none"> psychose non-affective. Tx avec des antipsychotiques depuis 1 mois Âge 16-50 | <ul style="list-style-type: none"> Étude de cohorte avec groupe de comparaison rétrospectif 24 mois avant/ 24 mois après | I = après SIP avec programme de détection précoce (n=84) C = avant SIP sans programme de détection précoce (n=85) | n/a | n/a | 24 sem | 22 sem | n.s. |

Légende

I = Groupe recevant l'intervention ou le programme, C = Groupe de comparaison, SIP = Services d'intervention précoce (*Early Intervention Service*), PEP = premier épisode psychotique, n.s. = non significatif, Tx = Traitement

²¹ Malgré une moyenne moins élevée, le test non paramétrique a observé une moyenne significativement plus élevée après transformation logarithmique.

Annexe 6. – Résultats portant sur le rétablissement

Sources des données : Tableau 1 et du tableau 2 de la revue systématique portant sur les effets des services d'intervention précoce pour la psychose sur l'emploi et l'éducation Bond et al. (2015)

Tableau 1. Effet des services d'intervention précoce intégrant le soutien professionnel à l'emploi de type IPS

| Auteurs | Pays | Âge des participants | Plan d'étude | % employé | | % inscrit à un programme d'éducation | | % inscrit à un programme d'éducation et/ou employé | |
|--|------------------|--|--|---|-----------------------|--|-----------------------|--|-----------------------|
| | | | | Groupe intervention | Groupe de comparaison | Groupe intervention | Groupe de comparaison | Groupe intervention | Groupe de comparaison |
| (Porteous & Waghorn, 2007) | Nouvelle-Zélande | Gr1: 14-27 ans Gr2: 15-26 ans | <ul style="list-style-type: none"> Étude de cohorte / avant-après Gr1_n = 110 Gr2_n = 125 Jusqu'à 24 mois | Gr1 = 36% (augmentation estimée 36%) Gr 2 = 59% (augmentation estimée 59%) | - | Gr1 = 13% (augmentation estimée 13%) Gr2 = 16% (augmentation estimée 16%) | - | - | - |
| (Porteous & Waghorn, 2009) | Nouvelle-Zélande | 14-26 ans | <ul style="list-style-type: none"> RO / cohorte / avant-après n = 135 Jusqu'à 24 mois | 47% (Augmentation estimée 47%) | - | 21% (Augmentation estimée 21%) | - | - | - |
| (Rinaldi et al., 2010) | Angleterre | 17-32 ans | <ul style="list-style-type: none"> Cohorte / prospective sans comparaison N = 142 12 mois | 41% (Augmentation estimée 31%) | - | 28% (Augmentation estimée 3%) | - | - | - |
| (E. Killackey et al., 2008) | Australie | 15-25 ans | <ul style="list-style-type: none"> ECR I = 20 C_SIPP = 21 6 mois | 65% différence significative | 10% | 35% | 24% | - | - |
| (E. J. Killackey et al., 2012) | Australie | Âge médian = 20.2 ans | <ul style="list-style-type: none"> ECR I = 67 C_SIPP = 59 6 mois | 72% différence significative | 48% | 54% | 41% | - | - |
| (Major et al., 2010) | Angleterre | 17-34 ans | <ul style="list-style-type: none"> RO / cohorte I = 44 C_SIPP=70 12 mois | 36% différence significative | 19% | 20% | 24% | - | - |
| (Dudley, Nicholson, Stott, & Spoons, 2014) | Angleterre | Âge médian : I = 24.2 ans C = 25.3 ans | <ul style="list-style-type: none"> Études de séries transversales I = 104 C_SIPP=90 Jusqu'à 12 mois | - | - | - | - | Aucune différence entre I et C | - |
| (David Fowler et al., 2009) | Angleterre | Âge médian : I = 22 ans C=24.7 ans | <ul style="list-style-type: none"> Étude de cohorte avec groupe de comparaison rétrospectif Baseline I = 69 C_services de s.m. dans la communauté traditionnels = 102 24 mois | - | - | - | - | 44% différence significative | 15% |
| (Singh et al., 2007) | Angleterre | Âge médian = 22.8 ans | <ul style="list-style-type: none"> Étude de cohorte / prospective N = 121 12 mois | - | - | - | - | 29% à 42% | - |

Légende

SIPP : Service d'intervention précoce pour la psychose; s.m. : santé mentale

Annexe 6. – Résultats portant sur le rétablissement (suite)

Tableau 2. Effet des services d'intervention précoce intégrant le soutien professionnel à l'emploi non standardisé

| Auteurs | Pays | Âge des participants | Plan d'étude | % inscrit à un programme d'éducation et/ou employé - | |
|----------------------------------|------------|-----------------------|---|--|-----------------------|
| | | | | Groupe intervention | Groupe de comparaison |
| (Abdel-Baki et al., 2013) | Canada | Âge médian = 23.5 ans | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Cohorte / prospective sans comparaison ▪ n = 66 ▪ 4 ans | 47% à 70% | |
| (Kelly et al., 2009) | Angleterre | 14–35 ans | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Sondage rétrospectif ▪ N = 30 ▪ Période de suivi n.d. | 57% | |
| (Garety et al., 2006) | Angleterre | Âge médian = 26 ans | <ul style="list-style-type: none"> ▪ ECR ▪ I = 67 C = 65 ▪ 18 mois | 49% Différence significative (p<0.05) | 29% |

Annexe 6. – Résultats portant sur le rétablissement (suite)

Tableau 3. Effet des services d'intervention précoce sans soutien professionnel à l'emploi

| Auteurs | Pays | Âge des participants | Plan d'étude | % employé | | % inscrit à un programme d'éducation | | % inscrit à un programme d'éducation et/ou employé | |
|---|------------|--|---|---------------------------------|--------------------|--------------------------------------|--------------------|--|--------------------|
| | | | | Groupe intervention | Groupe comparaison | Groupe intervention | Groupe comparaison | Groupe intervention | Groupe comparaison |
| (Agius et al., 2007) | Angleterre | 14–35 ans | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Quasi-expérimentale ▪ I = 40 C_services de s.m. standards = 40 ▪ 3 ans | - | - | - | - | 65% Différence significative | 48% |
| (Bertelsen, Jeppesen, Petersen, & et al., 2008) | Danemark | Mn = 26.6 ans | <ul style="list-style-type: none"> ▪ ECR ▪ I = 275 C_services de s.m. standards = 272 ▪ 5 ans | - | - | - | - | 42% | 46% |
| (Cullberg et al., 2006) | Suède | Âge médian : I = 27.7 ans C = 29.3 ans | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Étude de cohorte avec groupe de comparaison rétrospectif ▪ I = 60 C_services de s.m. standards = 41 ▪ 3 ans | - | - | - | - | 51% | 49% |
| (Eack et al., 2011) | États-Unis | Âge médian = 25.9 ans | <ul style="list-style-type: none"> ▪ ECR ▪ I = 24 C_ thérapie de support enrichie = 22 ▪ 2ans | 54% Différence significative | 18% | - | - | - | - |
| (Henry et al., 2010) | Australie | Âge médian = 21.7 ans | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Étude de cohorte ▪ I=456 ▪ 90% | 39% | - | - | - | - | - |
| (Mihalopoulos et al., 2009) | Australie | 14–30 ans | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Étude de cohort avec groupe de comparaison rétrospectif avec appariement ▪ I = 32 C_services de s.m. standards = 33 ▪ 8 ans | 56% Différence significative | 33% | - | - | - | - |
| (Penn et al., 2011) | États-Unis | Âge médian = 22 | <ul style="list-style-type: none"> ▪ ECR ▪ I = 22 C = 22 ▪ 3 mois | I > C | - | - | - | - | - |

Légende

s.m. = services de santé mentale

Annexe 7. – Résultats portant sur la pertinence et l’acceptabilité

Tableau 1 – Perspective des usagers

| Auteurs | Population et objectif de l’étude | Plan d’étude | Facilitateur | Barrière |
|---|--|---|---|---|
| Modèle de services centrés sur le patient (Gondek et al., 2016) | | | | |
| (Idenfors et al., 2015) | <ul style="list-style-type: none"> Jeunes de 16 à 24 ans admis à l’urgence et pour auto-mutilation – premier six mois de contact Suède Objectif : Explorer la perception des jeunes sur les soins et le soutien offert suite au premier contact Lieu : urgences, département de psychiatrie enfant et adolescent | <ul style="list-style-type: none"> Entrevues semi-structurées n = 9 patients | <ul style="list-style-type: none"> Écoute, respect et validation | <ul style="list-style-type: none"> Idées préconçues des services de s.m. Préoccupation pour la confidentialité Inflexibilité |
| (Pycroft et al., 2015) | <ul style="list-style-type: none"> Jeunes de 15 à 21 ans recevant UAT (<i>Unified adolescent team</i>) Angleterre Objectif : Comment les utilisateurs de services perçoivent et comprennent leur rôle et fonction de l’UAT et des services qu’ils reçoivent ? Comment ces services ont-ils un impact négatif ou positif sur les différents domaines de leur vie ? Comment une équipe multidisciplinaire pourrait-elle mieux répondre aux jeunes avec des besoins multiples ? Y a-t-il des interventions UAT qui mériteraient plus d’attention et de recherche ? Lieu : UAT comprenant les services CAMHS, les services pour enfant, psycho-éducation pour les jeunes contrevenants | <ul style="list-style-type: none"> Entrevues semi-structurées n = 6 patients | <ul style="list-style-type: none"> Écoute, respect et validation Qualité de la relation et support Communication | <ul style="list-style-type: none"> Manque de ressource |
| (Street, 2004) | <ul style="list-style-type: none"> Jeunes Angleterre Objectif: Donner une voix aux jeunes personnes afin d’aider les services d’hospitalisation à développer une offre de services plus “youth-friendly”. Lieu : Services de santé mentale pour enfants et adolescents (tier 4) | <ul style="list-style-type: none"> Entrevues semi-structurée n = 107 | | <ul style="list-style-type: none"> Partage de l’information Manque de ressources Manque de ressources appropriées à leur âge |
| (Magenta B. Simmons et al., 2011) | <ul style="list-style-type: none"> Jeunes de 15 à 24 ans Australie | <ul style="list-style-type: none"> Entrevues semi-structurées Analyse thématique n = 10 patients | <ul style="list-style-type: none"> Écoute, respect et validation Partage de l’information | <p><i>Perspective des usagers</i></p> <ul style="list-style-type: none"> Partage de l’information Manque de ressource |

| Auteurs | Population et objectif de l'étude | Plan d'étude | Facilitateur | Barrière |
|---|---|--|--|---|
| | <ul style="list-style-type: none"> Recevant les services de Orygen Youth Health – Barwon pour la dépression Objectif: Explorer l'expérience et les désirs des jeunes et de leurs soignants quant à leur implication dans la prise de décision des traitements | | | <ul style="list-style-type: none"> Communication <i>Perspective des parents ou des responsables</i> Partage de l'information Perception de la capacité des patients Capacité à s'impliquer Idées préconçues des services de santé mentale Avoir une structure bien clarifiée |
| Modèle de collaboration inter agence (Cooper et al. 2015) | | | | |
| (O'Herlihy et al.) | <ul style="list-style-type: none"> Jeunes des programmes mixtes de santé mentale pour les enfants et les jeunes Angleterre | <ul style="list-style-type: none"> Étude mixte n = 433 parents ou tuteur | <ul style="list-style-type: none"> La collaboration inter agence est évaluée comme étant très importante Communication Formation Compréhension Protocoles Gestion Rôle de liaison Rencontres Relations Ressource CYP centered misc. (budget commun, approche holistique) | <ul style="list-style-type: none"> Ressource Communication Perspectives (résistance des enseignants) Compréhension Valorisation Perspectives Confidentialité Bureaucratie Autres (budgets individuels, enjeux géographiques, approche non holistique) |

Note 1 : L'âge auquel les enfants et les jeunes passent des services de santé mentale pour enfants et adolescents en Angleterre vers les services pour adultes peut différer. Par exemple, certains effectuent la transition à 16 ans, d'autres à 18 ans, et d'autres encore plus tard. Source : <http://www.nhs.uk/NHSEngland/AboutNHSservices/mental-health-services-explained/Pages/about-childrens-mental-health-services.aspx>

Source des données : Tableau 1 de la revue systématique portant sur le modèle de collaboration inter agence
Tableau 2 et Tableau 3 de la revue systématique portant sur le modèle de soins centrés sur la personne Gondek et al. (2016)

Annexe 7. – Résultats portant sur la pertinence et l'acceptabilité (suite)

Tableau 2 – Perspective de l'organisation et des intervenants

| Auteurs | Population | Plan d'étude | Facilitateur | Barrière |
|---|---|--|---|--|
| Modèle de services centrés sur le patient (Gondek et al. 2016) | | | | |
| (Pelto-Piri et al., 2013) | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Cliniques de psychiatrie pour adultes, enfants, et adolescent ▪ Suède ▪ Objectif : Décrire et analyser les constatations décrivant des situation de travail réelles et les réflexion éthiques émises par les membres de l'équipe en relation à trois perspectives centrales à l'éthique médicale, le paternalisme, l'autonomie et la réciprocité. | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Journaux éthiques, analyse de contenu ▪ n = 173 infirmières praticiennes, psychiatre, psychologue, travailleur social et enseignant | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Écoute, respect et validation ▪ Qualité de la relation et support | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Manque de ressources ▪ Avoir un choix et de l'autonomie ▪ Inflexibilité |
| Modèle de collaboration inter agence (Cooper et al. 2015) | | | | |
| (England et al., 2009) | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Services d'intervention précoce pour la psychose ▪ Angleterre ▪ Services de santé mentale statutaires pour enfants et adolescents | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Groupe focus ▪ Entrevues ▪ n = 31 leaders SIPP de CAMHS | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Formation ▪ Protocoles ▪ Gestion ▪ CYP centered ▪ misc. (développement d'un nouveau modèle de services) | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Communication ▪ Compréhension |
| (Hamilton et al., 2014) | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Collaboration entre des programmes mixtes de santé mentale pour les enfants et les jeunes ▪ États-Unis | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Étude mixte (n = 11 administrateurs ▪ n = 44 employés d'agences partenaires | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Les initiatives de collaboration ont permis d'augmenter les résultats des évaluations du partenariat. Il y a eu un haut taux de satisfaction des collaborateurs du projet. | |
| (Holmesland et al., 2014) | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Collaboration entre des programmes mixtes de santé mentale pour les enfants et les jeunes ▪ Norvège | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Observation des réseaux, groupes focus ▪ n = 52 professionnels CYMPH | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Compréhension et autres (auto-réflexion, communication authentiques) | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Perspectives |
| (McLean, 2012) | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Famille d'accueil ▪ Australie | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Étude qualitative ▪ n = 92 professionnels / famille d'accueil | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Formation ▪ Compréhension ▪ CYP-centred, misc. | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Ressources ▪ Communication ▪ Valorisation ▪ Perspectives ▪ Confidentialité |
| (Rivard & Morrissey, 2003) | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Collaboration entre des programmes mixtes de santé mentale pour les enfants et les jeunes ▪ États-Unis | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Sondage, analyse de régression des facteurs associés avec l'intégration ▪ n = 978 paires d'organisations | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Misc. (faciliter l'atteinte des buts des autres agences, percevoir l'un l'autre comme étant influant dans le développement de politiques et de programmes, maintenir les références et les liens d'information, opérer dans le même secteur | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Communication |
| (Spong et al., 2013) Étude 1 | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Counselling ▪ Services de santé mentale statutaire pour enfants et adolescents | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Entrevues ▪ n = 14 employés | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Communication ▪ Formation ▪ Compréhension ▪ Valorisation | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Ressourcement ▪ Communication ▪ Valorisation ▪ Compréhension |

| Auteurs | Population | Plan d'étude | Facilitateur | Barrière |
|---------------------------------|---|--|---|---|
| | <ul style="list-style-type: none"> Angleterre | | <ul style="list-style-type: none"> Relations Co-location Conférences de cas conjointe Rôle consultatif Évaluation | <ul style="list-style-type: none"> Confidentialité Attentes misc. (processus d'appel d'offres, politiques différentes) |
| (Spong et al., 2013) Étude 2 | <ul style="list-style-type: none"> Counselling Services de santé mentale statutaire pour enfants et adolescents Angleterre | <ul style="list-style-type: none"> Entrevues n=15 conseillers | <ul style="list-style-type: none"> Communication Compréhension Valorisation Protocoles Gestion Agent de liaison Rencontres Relations Co-location Rôle de consultation misc. (style de travail flexible, demande de financement commune, visite des services / sites) | <ul style="list-style-type: none"> Communication Valorisation Confidentialité Préférences Protocoles misc. (services locaux fragmentés, frontières géographiques, absence de relation, un point d'accès unique) |
| Spong, 2013 Étude 3 | <ul style="list-style-type: none"> Counselling Services de santé mentale statutaire pour enfants et adolescent Angleterre | <ul style="list-style-type: none"> Étude mixte/sondage n=134 conseillers | <ul style="list-style-type: none"> Communication Formation Compréhension Valorisation misc. (accès facilité aux services de santé mentale pour enfants et adolescents) | <ul style="list-style-type: none"> Ressourcement Communication Valorisation Confidentialité Références misc. (roulement du personnel) |

Note 1 : L'âge auquel les enfants et les jeunes passent des services de santé mentale pour enfants et adolescents en Angleterre vers les services pour adultes peut différer. Par exemple, certains effectuent la transition à 16 ans, d'autres à 18 ans, et d'autres encore plus tard. Source : <http://www.nhs.uk/NHSEngland/AboutNHSservices/mental-health-services-explained/Pages/about-childrens-mental-health-services.aspx>

Annexes de la Question 2

Annexe 8. – Stratégie de recherche pour la Question 2

| Concepts-clés de la stratégie de recherche | | | |
|--|--|-------------------------------------|--|
| PsycInfo | Medline | Embase | CINAHL |
| Adolescen*.mp. | Adolescent/ | Adolescen*.mp. | (MH "Adolescence+") |
| Juvenile*.mp. | adolescen*.mp. | juvenile/ | adolescen* |
| youth*.mp. | Young Adult/ | Juvenile*.mp. | juvenil* |
| teen*.mp. | young adult*.mp. | adolescent/ | youth* |
| young adult*.mp. | teen*.mp. | youth*.mp. | teen* |
| Adolescen*.mp. | youth*.mp. | teen*.mp. | young adult* |
| exp bipolar disorder/ | Bipolar Disorder/ | young adult/ | (MH "Young Adult") |
| Bipolar disorder*.mp. | bipolar disorder*.mp. | young adult*.mp. | (MH "Bipolar Disorder") |
| Bipolar mania.mp. | bipolar depression*.mp. | Psychosocial intervention*.mp. | Bipolar disorder* |
| Bipolar depression*.mp. | bipolar II disorder*.mp. | psychosocial care/ | "Bipolar mania" |
| Bipolar II disorder*.mp. | bipolar I disorder*.mp. | Adjunctive treatment*.mp. | Bipolar depression* |
| Bipolar I disorder*.mp. | Rapid cycling bipolar disorder*.mp. | psychoeducation/ | Bipolar II disorder* |
| Rapid cycling bipolar disorder*.mp. | psychotherap*.mp. | Psychotherap*.mp. | Bipolar I disorder* |
| Bipolar II depression*.mp. | Cognitive behavio?r therap*.mp. | Behavior therap*.mp. | Rapid cycling bipolar disorder* |
| Bipolar I depression*.mp. | Psychosocial intervention*.mp. | exp alternative medicine/ | Bipolar II depression* |
| Bipolar I mania*.mp. | Adjunctive treatment*.mp. | Alternative intervention*.mp. | Bipolar I depression* |
| Bipolar II mania*.mp. | Psychoeducation.mp. | Therapeutic intervention*.mp. | "Bipolar I mania" |
| Psychosocial intervention*.mp. | Alternative intervention*.mp. | family therapy/ | "Bipolar II mania" |
| Psychosocial care.mp. | Therapeutic intervention*.mp. | Family therap*.mp. | Psychosocial intervention* |
| Adjunctive treatment*.mp. | Patient Education as Topic/ | patient education/ | "Psychosocial care" |
| PSYCHOEDUCATION/ | Patient education as topic.mp. | Patient education as topic.mp. | "Adjunctive treatment**" |
| Psychotherap*.mp. | Early Medical Intervention/ | early intervention/ | (MH "Psychotherapy+") |
| Behavior therap*.mp. | Early medical intervention*.mp. | Early medical intervention*.mp. | (MH "Psychoeducation") |
| exp alternative medicine/ | Psychosocial treatment*.mp. | Psychosocial treatment*.mp. | Psychotherap* |
| Alternative intervention*.mp. | Interpersonal Relations/ | Family intervention*.mp. | (MH "Alternative Therapies+") |
| Family-based treatment*.mp. | Interpersonal relations.mp. | Family-focused intervention*.mp. | "Alternative intervention**" |
| Therapeutic intervention*.mp. | Self Care/ | Interpersonal relations.mp. | "Family-based treatment**" |
| exp family therapy/ | Self care*.mp. | Family psychoeducation.mp. | "Cognitive behavio?r therap**" |
| client education/ | Patient Readmission/ | self care/ | "Therapeutic intervention**" |
| patient education.mp. | Patient readmission.mp. | Self care.mp. | (MH "Family Therapy") |
| Patient education as topic.mp. | Follow-Up Studies/ | exp bipolar disorder/ | "Family therap**" |
| early intervention/ | Social development*.mp. [mp=title, abstract, original title, name of substance word, subject heading word, keyword heading word, protocol supplementary concept word, unique identifier] | Bipolar disorder*.mp. | (MH "Patient Education") |
| early intervention.mp. | Follow-up stud*.mp. | Bipolar mania.mp. | "Patient education as topic" |
| Early medical intervention*.mp. | Treatment Outcome/ | Bipolar depression*.mp. | (MH "Early Intervention") |
| psychosocial rehabilitation/ | Treatment outcome*.mp. | Bipolar II disorder*.mp. | "Early medical intervention**" |
| Psychosocial treatment*.mp. | "Quality of Life"/ | Bipolar I disorder*.mp. | "Psychosocial treatment**" |
| family intervention/ | Quality of life.mp. | Rapid cycling bipolar disorder*.mp. | "Family intervention**" |
| Family intervention*.mp. | Secondary Prevention/ | hospital readmission/ | "Cognitive-behavo?ral therap**" |
| Therapeutic intervention*.mp. | Secondary prevention*.mp. | Patient readmission.mp. | "Family-focused intervention**" |
| Family-focused intervention*.mp. | "Outcome Assessment (Health Care)"/ | follow up/ | (MH "Interpersonal Relations") |
| exp interpersonal relationships/ | Outcome Assessment*.mp. | Follow-up stud*.mp. | "Family psychoeducation" |
| Interpersonal relation*.mp. | bipolar II depression*.mp. | treatment outcome/ | "family-based psychosocial treatments" |
| Family psychoeducation.mp. | Bipolar I depression*.mp. | Treatment outcome*.mp. | "family-focused cognitive-behavo?ral therap**" |

| Concepts-clés de la stratégie de recherche | | | |
|---|--|---|------------------------------------|
| family-based psychosocial treatments.mp. | Bipolar mania.mp. | "quality of life/" | "family-focused treatment*" |
| family-focused treatment*.mp. | Bipolar I mania.mp. | "Outcome Assessment (Health Care)".mp. | "family-focused therap*" |
| family-focused therapy.mp. | Bipolar II mania.mp. | bipolar I mania.mp. | (MH "Self Care") |
| self care.mp. | Family-based treatment*.mp. | bipolar II mania.mp. | "self care" |
| hospital readmission.mp. | Family Therapy/ | Quality of life.mp. | "hospital readmission" |
| Patient readmission.mp. | Family therap*.mp. | high risk patient/ | (MH "Readmission") |
| follow up.mp. | Family intervention*.mp. | high-risk patient*.mp. | "follow up" |
| Follow-up stud*.mp. | Interpersonal Relations/ | high familial risk*.mp. | "Follow-up stud*" |
| exp treatment outcomes/ | Interpersonal relations.mp. | bipolar parent*.mp. | (MH "Treatment Outcomes+") |
| Treatment outcome*.mp. | Family psychoeducation.mp. | bipolar offspring.mp. | "treatment outcome*" |
| "quality of life"/ | family-focused cognitive-behavioral therapy.mp. | genetic risk/ | (MH "Quality of Life+") |
| secondary prevention.mp. | family-focused treatment*.mp. | genetic risk*.mp. | "secondary prevention*" |
| outcome assessment.mp. | family-focused therap*.mp. | exp psychotherapy/ | (MH "Outcome Assessment") |
| high-risk patient*.mp. | Cognitive-behavioral therap*.mp. | Family-based treatment*.mp. | (MH "Outcomes (Health Care)") |
| high familial risk*.mp. | family-based intervention*.mp. | Cognitive behavior?r therap*.mp. | "Quality of life" |
| bipolar parent*.mp. | family-based psychosocial treatment*.mp. | Cognitive-behavioral therap*.mp. | (MH "Patient Discharge Education") |
| bipolar offspring.mp. | hospital readmission*.mp. | family-based psychosocial treatment*.mp. | "high risk patient*" |
| genetic risk*.mp. | follow-up.mp. | family-focused treatment*.mp. | "high familial risk*" |
| genetic predisposition*.mp. | Juvenile*.mp. | family-focused therap*.mp. | "genetic predisposition*" |
| subsyndromal*.mp. | Psychological development*.mp. | Bipolar II depression*.mp. | "bipolar parent*" |
| prodrome/ | Clinical outcome*.mp. | Bipolar I depression*.mp. | "bipolar offspring" |
| prodrom*.mp. | Outcome measurement*.mp. | secondary prevention*.mp. | "genetic risk*" |
| exp psychotherapy/ or exp adolescent psychotherapy/ or exp behavior therapy/ or exp cognitive behavior therapy/ or exp group psychotherapy/ or exp humanistic psychotherapy/ or exp hypnotherapy/ or exp psychoanalysis/ or exp psychotherapeutic counseling/ | Biological rhythm*.mp. | outcome assessment*.mp. | "subsyndromal*" |
| psychoeducation.mp. | Circadian Rhythm/ | genetic predisposition*.mp. | "prodrom*" |
| Family therapy.mp. | Circadian Rhythm*.mp. | family-focused cognitive-behavioral therapy.mp. | "biological rhythms*" |
| family therapies.mp. | high-risk patient*.mp. | subsyndromal*.mp. | (MH "Circadian Rhythm") |
| Cognitive-behavioral therap*.mp. | subsyndromal*.mp. | prodrom*.mp. | "circadian rhythm*" |
| family-focused cognitive-behavioral therapy.mp. | prodrom*.mp. | biological rhythm/ | (MH "Internet") |
| Biological Rhythms/ | high familial risk*.mp. | Biological rhythm*.mp. | "internet" |
| Human Biological Rhythms/ | Genetic Predisposition to Disease/ | Circadian Rhythm/ | (MH "Social Media") |
| human biological rhythm*.mp. | genetic predisposition to disease.mp. | Circadian Rhythm*.mp. | (MH "Social Networking") |
| Biological rhythm*.mp. | bipolar parent*.mp. | internet/ | "social media" |
| Circadian Rhythm*.mp. | bipolar offspring.mp. | internet.mp. | "social networking" |
| exp internet/ | genetic risk*.mp. | smartphone application*.mp. | "smartphone application*" |
| internet.mp. | exp Internet/ | online psychoeducation.mp. | "online psychoeducation" |
| smartphone application*.mp. | internet.mp. | internet support group*.mp. | "internet support groups*" |
| online psychoeducation.mp. | smartphone application*.mp. | secondary prevention/ | |
| internet support group*.mp. | online psychoeducation.mp. | | |
| | internet support group*.mp. | | |
| | exp psychotherapy/ or exp animal assisted therapy/ or exp behavior therapy/ or exp feedback, psychological/ or exp hypnosis/ or exp psychoanalytic therapy/ or exp psychotherapeutic processes/ or exp socioenvironmental therapy/ | | |

Annexe 9. – Liste des études exclues pour la Question 2

| Étude | Motif d'exclusion |
|--|--|
| 1 (Algorta et al., 2011) | Ne correspond pas au groupe d'âge de "12 à 30 ans". |
| 2 (Alonso, 2009) | Ne correspond pas au groupe d'âge de "12 à 30 ans". |
| 3 (Alvarez-Jimenez et al., 2013) | N'évalue pas l'efficacité, l'acceptabilité ou l'applicabilité d'une intervention psychosociale". |
| 4 (Amerio, Odone, Marchesi, & Ghaemi, 2014) | N'évalue pas l'efficacité, l'acceptabilité ou l'applicabilité d'une intervention psychosociale". |
| 5 (Angst, Felder, & Lohmeyer, 1980) | Ne correspond pas aux critères cliniques "à risque ou trouble bipolaire". |
| 6 (Ankers & Jones, 2009) | N'évalue pas l'efficacité, l'acceptabilité ou l'applicabilité d'une intervention psychosociale". |
| 7 (Araki, Terao, Hoaki, Wang, & Goto, 2012) | N'évalue pas l'efficacité, l'acceptabilité ou l'applicabilité d'une intervention psychosociale". |
| 8 (Barnes, Hadzi-Pavlovic, Wilhelm, & Mitchell, 2015) | Ne correspond pas au groupe d'âge de "12 à 30 ans". |
| 9 (Bauer et al., 2009) | Ne correspond pas au groupe d'âge de "12 à 30 ans". |
| 10 (Beckford-Ball, 2006) | N'évalue pas l'efficacité, l'acceptabilité ou l'applicabilité d'une intervention psychosociale". |
| 11 (Benarous, Consoli, Milhiet, & Cohen, 2015) | N'évalue pas l'efficacité, l'acceptabilité ou l'applicabilité d'une intervention psychosociale". |
| 12 (Berk et al., 2010) | N'évalue pas l'efficacité, l'acceptabilité ou l'applicabilité d'une intervention psychosociale". |
| 13 (Bernstein, 2011) | N'évalue pas l'efficacité, l'acceptabilité ou l'applicabilité d'une intervention psychosociale". |
| 14 (Bertha & Balazs, 2013) | Ne correspond pas aux critères cliniques "à risque ou trouble bipolaire". |
| 15 (Birmaher, 2013) | N'évalue pas l'efficacité, l'acceptabilité ou l'applicabilité d'une intervention psychosociale". |
| 16 (Bjorgvinsson et al., 2014) | Ne correspond pas au groupe d'âge de "12 à 30 ans". |
| 17 (D. J. Bond, Hadjipavlou, Lam, McIntyre, Beaulieu, Schaffer, Weiss, Canadian Network for, et al., 2012) | N'évalue pas l'efficacité, l'acceptabilité ou l'applicabilité d'une intervention psychosociale". |
| 18 (Bonnin, Torrent, Vieta, & Martinez-Aran, 2014) | Ne correspond pas au groupe d'âge de "12 à 30 ans". |
| 19 (Boris et al., 2012) | N'évalue pas l'efficacité, l'acceptabilité ou l'applicabilité d'une intervention psychosociale". |
| 20 (Bos, Merea, van den Brink, Sanderman, & Bartels-Velthuis, 2014) | Ne correspond pas au groupe d'âge de "12 à 30 ans". |
| 21 (Browning, Corrigan, Garety, Emsley, & Jolley, 2013) | Ne correspond pas aux critères cliniques "à risque ou trouble bipolaire". |
| 22 (Busch, Frank, & Sachs, 2008) | N'évalue pas l'efficacité, l'acceptabilité ou l'applicabilité d'une intervention psychosociale". |
| 23 (Candini et al., 2013) | Ne correspond pas au groupe d'âge de "12 à 30 ans". |
| 24 (Cape et al., 2010) | Ne correspond pas aux critères cliniques "à risque ou trouble bipolaire". |
| 25 (Carlson et al., 2003) | N'évalue pas l'efficacité, l'acceptabilité ou l'applicabilité d'une intervention psychosociale". |
| 26 (Carlsson, Olsen, Kastrup, & Mortensen, 2010) | Ne correspond pas aux critères cliniques "à risque ou trouble bipolaire". |
| 27 (Carr, 2009) | N'évalue pas l'efficacité, l'acceptabilité ou l'applicabilité d'une intervention psychosociale". |
| 28 (Casey, 2008) | N'évalue pas l'efficacité, l'acceptabilité ou l'applicabilité d'une intervention psychosociale". |
| 29 (Chakrabarti, 2006) | N'évalue pas l'efficacité, l'acceptabilité ou l'applicabilité d'une intervention psychosociale". |
| 30 (Chang, 2008) | N'évalue pas l'efficacité, l'acceptabilité ou l'applicabilité d'une intervention psychosociale". |
| 31 (Chang, 2009) | N'évalue pas l'efficacité, l'acceptabilité ou l'applicabilité d'une intervention psychosociale". |
| 32 (Chang, Howe, Gallelli, & Miklowitz, 2006) | N'évalue pas l'efficacité, l'acceptabilité ou l'applicabilité d'une intervention psychosociale". |
| 33 (Chang, Howe, & Simeonova, 2005) | N'évalue pas l'efficacité, l'acceptabilité ou l'applicabilité d'une intervention psychosociale". |
| 34 (Chang, Singh, Wang, & Howe, 2010) | N'évalue pas l'efficacité, l'acceptabilité ou l'applicabilité d'une intervention psychosociale". |
| 35 (Chisholm, van Ommeren, Ayuso-Mateos, & Saxena, 2005) | Est une étude économique. |
| 36 (B. Chung, Mikesell, & Miklowitz, 2014) | N'évalue pas l'efficacité, l'acceptabilité ou l'applicabilité d'une intervention psychosociale". |
| 37 (W. W. Chung, Vesco, Resko, Schiman, & Fristad, 2012) | N'évalue pas l'efficacité, l'acceptabilité ou l'applicabilité d'une intervention psychosociale". |
| 38 (Francesc Colom, 2014) | N'évalue pas l'efficacité, l'acceptabilité ou l'applicabilité d'une intervention psychosociale". |
| 39 (F. Colom et al., 2009) | Ne correspond pas au groupe d'âge de "12 à 30 ans". |
| 40 (Conus et al., 2010) | N'évalue pas l'efficacité, l'acceptabilité ou l'applicabilité d'une intervention psychosociale". |
| 41 (Costa, Cheniaux, Range, Versiani, & Nardi, 2012) | Ne correspond pas au groupe d'âge de "12 à 30 ans". |
| 42 (Costa et al., 2011) | Ne correspond pas au groupe d'âge de "12 à 30 ans". |
| 43 (Cotton et al., 2015) | Ne correspond pas au groupe d'âge de "12 à 30 ans". |

| Étude | Motif d'exclusion |
|---|--|
| 44 (Cummings & Fristad, 2007) | N'évalue pas l'efficacité, l'acceptabilité ou l'applicabilité d'une intervention psychosociale". |
| 45 (Cusack, Deane, Wilson, & Ciarrochi, 2004) | Ne correspond pas aux critères cliniques "à risque ou trouble bipolaire". |
| 46 (de Barros Pellegrinelli et al., 2013) | Ne correspond pas au groupe d'âge de "12 à 30 ans". |
| 47 (Deckersbach et al., 2014) | Ne correspond pas au groupe d'âge de "12 à 30 ans". |
| 48 (Demant, Almer, Vinberg, Kessing, & Miskowiak, 2013) | Ne correspond pas au groupe d'âge de "12 à 30 ans". |
| 49 (Docteur, Mirabel-Sarron, Guelfi, Rouillon, & Gorwood, 2013) | Ne correspond pas au groupe d'âge de "12 à 30 ans". |
| 50 (D'Souza, Piskulic, & Sundrama, 2010) | Ne correspond pas au groupe d'âge de "12 à 30 ans". |
| 51 (Egeland et al., 1987) | N'évalue pas l'efficacité, l'acceptabilité ou l'applicabilité d'une intervention psychosociale". |
| 52 (Eisner & Johnson, 2008) | Ne correspond pas au groupe d'âge de "12 à 30 ans". |
| 53 (Eker & Harkin, 2012) | Ne correspond pas au groupe d'âge de "12 à 30 ans". |
| 54 (Fagiolini et al., 2009) | Ne correspond pas au groupe d'âge de "12 à 30 ans". |
| 55 (Farren & Mc Elroy, 2008) | Ne correspond pas au groupe d'âge de "12 à 30 ans". |
| 56 (Farren, Snee, & McElroy, 2011) | Ne correspond pas au groupe d'âge de "12 à 30 ans". |
| 57 (Faurholt-Jepsen et al., 2014) | Ne correspond pas au groupe d'âge de "12 à 30 ans". |
| 58 (Faurholt-Jepsen et al., 2015) | Ne correspond pas au groupe d'âge de "12 à 30 ans". |
| 59 (Faust, Walker, & Sands, 2006) | N'évalue pas l'efficacité, l'acceptabilité ou l'applicabilité d'une intervention psychosociale". |
| 60 (Ferenztajn & Rybakowski, 2012) | Ne correspond pas au critère de langue "français ou anglais". |
| 61 (Findling, 2009) | N'évalue pas l'efficacité, l'acceptabilité ou l'applicabilité d'une intervention psychosociale". |
| 62 (Fiorillo et al., 2015) | Ne correspond pas au groupe d'âge de "12 à 30 ans". |
| 63 (D. Fowler et al., 2009) | Ne correspond pas aux critères cliniques "à risque ou trouble bipolaire". |
| 64 (Frank, Ritchey, & Levenson, 2014) | Ne correspond pas aux critères cliniques "à risque ou trouble bipolaire". |
| 65 (Frank et al., 2008) | Ne correspond pas au groupe d'âge de "12 à 30 ans". |
| 66 (Fraser & Pakenham, 2008) | Ne correspond pas aux critères cliniques "à risque ou trouble bipolaire". |
| 67 (Fristad, 2006) | N'évalue pas l'efficacité, l'acceptabilité ou l'applicabilité d'une intervention psychosociale". |
| 68 (Fristad, Gavazzi, & Mackinaw-Koons, 2003) | N'évalue pas l'efficacité, l'acceptabilité ou l'applicabilité d'une intervention psychosociale". |
| 69 (Fristad, Goldberg-Arnold, & Gavazzi, 2002) | Ne correspond pas au groupe d'âge de "12 à 30 ans". |
| 70 (Fristad & MacPherson, 2014) | Est une revue systématique n'ayant pas utilisé un minimum de trois bases de données. |
| 71 (Fristad, Verducci, Walters, & Young, 2009) | Ne correspond pas au groupe d'âge de "12 à 30 ans". |
| 72 (Fristad et al., 2015) | Ne correspond pas au groupe d'âge de "12 à 30 ans". |
| 73 (Garrett, 2011) | N'évalue pas l'efficacité, l'acceptabilité ou l'applicabilité d'une intervention psychosociale". |
| 74 (Gliddon et al., 2015) | Ne correspond pas au groupe d'âge de "12 à 30 ans". |
| 75 (Goin, 2002) | N'évalue pas l'efficacité, l'acceptabilité ou l'applicabilité d'une intervention psychosociale". |
| 76 (Gomes et al., 2011) | Ne correspond pas au groupe d'âge de "12 à 30 ans". |
| 77 (Goodwin et al., 2016) | N'évalue pas l'efficacité, l'acceptabilité ou l'applicabilité d'une intervention psychosociale". |
| 78 (Graff, Griffin, & Weiss, 2008) | Ne correspond pas au groupe d'âge de "12 à 30 ans". |
| 79 (Grande, Berk, Birmaher, & Vieta, 2016) | N'évalue pas l'efficacité, l'acceptabilité ou l'applicabilité d'une intervention psychosociale". |
| 80 (Gray & Otto, 2001) | N'évalue pas l'efficacité, l'acceptabilité ou l'applicabilité d'une intervention psychosociale". |
| 81 (Green, Wisdom, Wolfe, & Firemark, 2012) | Ne correspond pas aux critères cliniques "à risque ou trouble bipolaire". |
| 82 (Greene, 2005) | N'évalue pas l'efficacité, l'acceptabilité ou l'applicabilité d'une intervention psychosociale". |
| 83 (Gut-Fayand, 2008) | N'évalue pas l'efficacité, l'acceptabilité ou l'applicabilité d'une intervention psychosociale". |
| 84 (Harvey, 2005) | N'évalue pas l'efficacité, l'acceptabilité ou l'applicabilité d'une intervention psychosociale". |
| 85 (Hinshaw, 2010) | N'évalue pas l'efficacité, l'acceptabilité ou l'applicabilité d'une intervention psychosociale". |
| 86 (Hippman et al., 2016) | N'évalue pas l'efficacité, l'acceptabilité ou l'applicabilité d'une intervention psychosociale". |
| 87 (Hlastala & Frank, 2006) | N'évalue pas l'efficacité, l'acceptabilité ou l'applicabilité d'une intervention psychosociale". |

| Étude | Motif d'exclusion |
|--|--|
| 88 (Hoberg, Ponto, Nelson, & Frye, 2013) | Ne correspond pas au groupe d'âge de "12 à 30 ans". |
| 89 (Hower et al., 2013) | Ne correspond pas au groupe d'âge de "12 à 30 ans". |
| 90 (Huline-Dickens, 2010) | N'évalue pas l'efficacité, l'acceptabilité ou l'applicabilité d'une intervention psychosociale". |
| 91 (Inder, Crowe, Moor, Joyce, & Carter, 2014) | N'évalue pas l'efficacité, l'acceptabilité ou l'applicabilité d'une intervention psychosociale". |
| 92 (Javadpour, Hedayati, Dehbozorgi, & Azizi, 2013) | Ne correspond pas au groupe d'âge de "12 à 30 ans". |
| 93 (James & Javaloyes, 2001) | N'évalue pas l'efficacité, l'acceptabilité ou l'applicabilité d'une intervention psychosociale". |
| 94 (Johnston et al., 2014) | N'évalue pas l'efficacité, l'acceptabilité ou l'applicabilité d'une intervention psychosociale". |
| 95 (S. Jones et al., 2014) | Ne correspond pas au groupe d'âge de "12 à 30 ans". |
| 96 (S. Jones et al., 2012) | Ne correspond pas au groupe d'âge de "12 à 30 ans". |
| 97 (S. H. Jones et al., 2015) | Ne correspond pas au groupe d'âge de "12 à 30 ans". |
| 98 (Keitner, Ryan, & Solomon, 2009) | N'évalue pas l'efficacité, l'acceptabilité ou l'applicabilité d'une intervention psychosociale". |
| 99 (Kessing et al., 2014) | Ne correspond pas aux critères cliniques "à risque ou trouble bipolaire". |
| 100 (Kessing et al., 2013) | Ne correspond pas aux critères cliniques "à risque ou trouble bipolaire". |
| 101 (Kopeiko, 2011) | Ne correspond pas au critère de langue "français ou anglais". |
| 102 (Kurdal, Tanriverdi, & Savas, 2014) | Ne correspond pas au groupe d'âge de "12 à 30 ans". |
| 103 (Lahera et al., 2014) | N'évalue pas l'efficacité, l'acceptabilité ou l'applicabilité d'une intervention psychosociale". |
| 104 (D. Lam, Wright, & Sham, 2005) | Ne correspond pas au groupe d'âge de "12 à 30 ans". |
| 105 (D. H. Lam, McCrone, Wright, & Kerr, 2005) | Est une étude économique. |
| 106 (Lauder et al., 2015) | Ne correspond pas au groupe d'âge de "12 à 30 ans". |
| 107 (Lee & Harvey, 2015) | Ne correspond pas au groupe d'âge de "12 à 30 ans". |
| 108 (Leigh, Smith, Milavic, & Stringaris, 2012) | Ne correspond pas aux critères cliniques "à risque ou trouble bipolaire". |
| 109 (Lofthouse & Fristad, 2004) | N'évalue pas l'efficacité, l'acceptabilité ou l'applicabilité d'une intervention psychosociale". |
| 110 (Lucksted, McFarlane, Downing, & Dixon, 2012) | N'évalue pas l'efficacité, l'acceptabilité ou l'applicabilité d'une intervention psychosociale". |
| 111 (Macneil et al., 2011) | N'évalue pas l'efficacité, l'acceptabilité ou l'applicabilité d'une intervention psychosociale". |
| 112 (MacPherson, Mackinaw-Koons, Leffler, & Fristad, 2016) | Ne correspond pas au groupe d'âge de "12 à 30 ans". |
| 113 (Maczka, Grabski, Gierowski, & Dudek, 2010) | Ne correspond pas au critère de langue "français ou anglais". |
| 114 (Malhi et al., 2015) | N'évalue pas l'efficacité, l'acceptabilité ou l'applicabilité d'une intervention psychosociale". |
| 115 (Markowitz et al., 2009) | Ne correspond pas aux critères cliniques "à risque ou trouble bipolaire". |
| 116 (M. Marshall et al., 2005) | Ne correspond pas aux critères cliniques "à risque ou trouble bipolaire". |
| 117 (McClellan & Wery, 1997) | N'évalue pas l'efficacité, l'acceptabilité ou l'applicabilité d'une intervention psychosociale". |
| 118 (McGorry, 2007b) | Ne correspond pas aux critères cliniques "à risque ou trouble bipolaire". |
| 119 (McGorry, Killackey, & Yung, 2008) | Ne correspond pas aux critères cliniques "à risque ou trouble bipolaire". |
| 120 (McNamara, Nandagopal, Strakowski, & DelBello, 2010) | N'évalue pas l'efficacité, l'acceptabilité ou l'applicabilité d'une intervention psychosociale". |
| 121 (Meyer & Hautzinger, 2012) | Ne correspond pas au groupe d'âge de "12 à 30 ans". |
| 122 (Miklowitz, 2007) | N'évalue pas l'efficacité, l'acceptabilité ou l'applicabilité d'une intervention psychosociale". |
| 123 (Miklowitz, 2012) | N'évalue pas l'efficacité, l'acceptabilité ou l'applicabilité d'une intervention psychosociale". |
| 124 (Miklowitz et al., 2008) | Choisissez un élément. |
| 125 (Miklowitz et al., 2009) | N'évalue pas l'efficacité, l'acceptabilité ou l'applicabilité d'une intervention psychosociale". |
| 126 (Miklowitz et al., 2011) | Ne correspond pas au groupe d'âge de "12 à 30 ans". |
| 127 (Miklowitz et al., 2011) | Ne correspond pas au groupe d'âge de "12 à 30 ans". |
| 128 (Miklowitz, Georgea, Axelsonb, et al., 2004) | Choisissez un élément. |
| 129 (Miklowitz & Goldstein, 2010) | N'évalue pas l'efficacité, l'acceptabilité ou l'applicabilité d'une intervention psychosociale". |
| 130 (Miklowitz & Johnson, 2007) | N'évalue pas l'efficacité, l'acceptabilité ou l'applicabilité d'une intervention psychosociale". |
| 131 (Miklowitz & Johnson, 2009) | N'évalue pas l'efficacité, l'acceptabilité ou l'applicabilité d'une intervention psychosociale". |

| Étude | Motif d'exclusion |
|---|--|
| 132 (Miklowitz, O'Brien, et al., 2014) | Ne correspond pas aux critères cliniques "à risque ou trouble bipolaire" |
| 133 (Miklowitz et al., 2012) | Ne correspond pas au groupe d'âge de "12 à 30 ans". |
| 134 (Miklowitz, Schneck, & George, 2014) | N'évalue pas l'efficacité, l'acceptabilité ou l'applicabilité d'une intervention psychosociale". |
| 135 (Miklowitz, Schneck, George, et al., 2014a) | N'évalue pas l'efficacité, l'acceptabilité ou l'applicabilité d'une intervention psychosociale". |
| 136 (Miklowitz, Schneck, George, et al., 2014c) | Ne correspond pas au groupe d'âge de "12 à 30 ans". |
| 137 (Miklowitz et al., 2013) | Choisissez un élément. |
| 138 (Miklowitz et al., 2000) | Ne correspond pas au groupe d'âge de "12 à 30 ans". |
| 139 (Millan, Goodwin, Meyer-Lindenberg, & Ogren, 2015) | N'évalue pas l'efficacité, l'acceptabilité ou l'applicabilité d'une intervention psychosociale". |
| 140 (R. Morriss, 2010) | N'évalue pas l'efficacité, l'acceptabilité ou l'applicabilité d'une intervention psychosociale". |
| 141 (R. K. Morriss et al., 2011) | Ne correspond pas au groupe d'âge de "12 à 30 ans". |
| 142 (Murray et al., 2015) | Ne correspond pas au groupe d'âge de "12 à 30 ans". |
| 143 (Nadkarni & Fristad, 2012) | Ne correspond pas au groupe d'âge de "12 à 30 ans". |
| 144 (Nicholas et al., 2010) | Ne correspond pas au groupe d'âge de "12 à 30 ans". |
| 145 (Nivoli et al., 2011) | N'évalue pas l'efficacité, l'acceptabilité ou l'applicabilité d'une intervention psychosociale". |
| 146 (Ozdin, Boke, & Kocak, 2015) | N'évalue pas l'efficacité, l'acceptabilité ou l'applicabilité d'une intervention psychosociale". |
| 147 (Parikh et al., 2012) | Ne correspond pas au groupe d'âge de "12 à 30 ans". |
| 148 (Pavuluri, Birmaher, & Naylor, 2005) | N'évalue pas l'efficacité, l'acceptabilité ou l'applicabilité d'une intervention psychosociale". |
| 149 (Pavuluri et al., 2005) | N'évalue pas l'efficacité, l'acceptabilité ou l'applicabilité d'une intervention psychosociale". |
| 150 (Pavuluri et al., 2004) | N'évalue pas l'efficacité, l'acceptabilité ou l'applicabilité d'une intervention psychosociale". |
| 151 (Perkins et al., 2005) | Ne correspond pas aux critères cliniques "à risque ou trouble bipolaire" |
| 152 (Perry, Tarrier, Morriss, McCarthy, & Limb, 1999) | Ne correspond pas au groupe d'âge de "12 à 30 ans". |
| 153 (Peters et al., 2014) | Ne correspond pas au groupe d'âge de "12 à 30 ans". |
| 154 (Pfennig, Correll, Leopold, Juckel, & Bauer, 2012) | N'évalue pas l'efficacité, l'acceptabilité ou l'applicabilité d'une intervention psychosociale". |
| 155 (Pfennig et al., 2014) | Ne correspond pas au critère de langue "français ou anglais". |
| 156 (Poole, Simpson, & Smith, 2012) | Ne correspond pas au groupe d'âge de "12 à 30 ans". |
| 157 (Proudfoot, Parker, et al., 2012) | Ne correspond pas au groupe d'âge de "12 à 30 ans". |
| 158 (Proudfoot, Whitton, et al., 2012) | N'évalue pas l'efficacité, l'acceptabilité ou l'applicabilité d'une intervention psychosociale". |
| 159 (Rea et al., 2003) | Ne correspond pas au groupe d'âge de "12 à 30 ans". |
| 160 (Riemann et al., 2014) | N'évalue pas l'efficacité, l'acceptabilité ou l'applicabilité d'une intervention psychosociale". |
| 161 (Ryan & Redding, 2004) | N'évalue pas l'efficacité, l'acceptabilité ou l'applicabilité d'une intervention psychosociale". |
| 162 (Reilly-Harrington, 2010) | N'évalue pas l'efficacité, l'acceptabilité ou l'applicabilité d'une intervention psychosociale". |
| 163 (Salvadore, Drevets, Henter, Zarate, & Manji, 2008) | N'évalue pas l'efficacité, l'acceptabilité ou l'applicabilité d'une intervention psychosociale". |
| 164 (Schaffer et al., 2010) | N'évalue pas l'efficacité, l'acceptabilité ou l'applicabilité d'une intervention psychosociale". |
| 165 (Schaffer et al., 2012) | N'évalue pas l'efficacité, l'acceptabilité ou l'applicabilité d'une intervention psychosociale". |
| 166 (Schrank, Moran, Borghi, & Priebe, 2015) | N'évalue pas l'efficacité, l'acceptabilité ou l'applicabilité d'une intervention psychosociale". |
| 167 (E. M. Scott et al., 2013) | N'évalue pas l'efficacité, l'acceptabilité ou l'applicabilité d'une intervention psychosociale". |
| 168 (J. Scott, 2014) | N'évalue pas l'efficacité, l'acceptabilité ou l'applicabilité d'une intervention psychosociale". |
| 169 (Searson, Mansell, Lowens, & Tai, 2012) | Ne correspond pas au groupe d'âge de "12 à 30 ans". |
| 170 (Sharma & Sargent, 2015) | N'évalue pas l'efficacité, l'acceptabilité ou l'applicabilité d'une intervention psychosociale". |
| 171 (Shattell, Quinlan-Colwell, Villalba, Ivers, & Mails, 2010) | Ne correspond pas aux critères cliniques "à risque ou trouble bipolaire" |
| 172 (Shen, Alloy, Abramson, & Sylvia, 2008) | N'évalue pas l'efficacité, l'acceptabilité ou l'applicabilité d'une intervention psychosociale". |
| 173 (Sienaert & de Fruyt, 2008) | Ne correspond pas au critère de langue "français ou anglais". |
| 174 (Miklowitz et al., 2013) | N'évalue pas l'efficacité, l'acceptabilité ou l'applicabilité d'une intervention psychosociale". |
| 175 (Simon et al., 2005) | Ne correspond pas au groupe d'âge de "12 à 30 ans". |

| Étude | Motif d'exclusion |
|--|--|
| 176 (Simon & Rutter, 2008) | N'évalue pas l'efficacité, l'acceptabilité ou l'applicabilité d'une intervention psychosociale". |
| 177 (Simoneau, Miklowitz, Richards, Saleem, & George, 1999) | Ne correspond pas au groupe d'âge de "12 à 30 ans". |
| 178 (Simpson et al., 2009) | Ne correspond pas au groupe d'âge de "12 à 30 ans". |
| 179 (Smith et al., 2011) | Ne correspond pas au groupe d'âge de "12 à 30 ans". |
| 180 (Solomon, Keitner, Ryan, Kelley, & Miller, 2008) | Ne correspond pas au groupe d'âge de "12 à 30 ans". |
| 181 (Swartz, Frank, Frankel, Novick, & Houck, 2009) | Ne correspond pas au groupe d'âge de "12 à 30 ans". |
| 182 (Sylvia et al., 2014) | Ne correspond pas au groupe d'âge de "12 à 30 ans". |
| 183 (Tang & Pinsky, 2015) | N'évalue pas l'efficacité, l'acceptabilité ou l'applicabilité d'une intervention psychosociale". |
| 184 (Todd, Solis-Trapala, Jones, & Lobban, 2012) | Ne correspond pas au groupe d'âge de "12 à 30 ans". |
| 185 (Torem, 2011) | N'évalue pas l'efficacité, l'acceptabilité ou l'applicabilité d'une intervention psychosociale". |
| 186 (van der Voort et al., 2015) | Ne correspond pas au groupe d'âge de "12 à 30 ans". |
| 187 (Verdeli, Mufson, Lee, & Keith, 2006) | Est une revue systématique n'ayant pas utilisé un minimum de trois bases de données. |
| 188 (Washburn, West, & Heil, 2011) | N'évalue pas l'efficacité, l'acceptabilité ou l'applicabilité d'une intervention psychosociale". |
| 189 (Weinstein, Henry, Katz, Peters, & West, 2015) | Ne correspond pas au groupe d'âge de "12 à 30 ans". |
| 190 (Weinstein, West, & Pavuluri, 2013) | N'évalue pas l'efficacité, l'acceptabilité ou l'applicabilité d'une intervention psychosociale". |
| 191 (A. E. West, Henry, & Pavuluri, 2007) | N'évalue pas l'efficacité, l'acceptabilité ou l'applicabilité d'une intervention psychosociale". |
| 192 (A. E. West & Weinstein, 2012) | N'évalue pas l'efficacité, l'acceptabilité ou l'applicabilité d'une intervention psychosociale". |
| 193 (A E. West et al., 2014) | Ne correspond pas au groupe d'âge de "12 à 30 ans". |
| 194 (Williams et al., 2008) | Ne correspond pas au groupe d'âge de "12 à 30 ans". |
| 195 (Yatham et al., 2005) | N'évalue pas l'efficacité, l'acceptabilité ou l'applicabilité d'une intervention psychosociale". |
| 196 (Yeung, Hails, Chang, Trinh, & Fava, 2011) | Ne correspond pas aux critères cliniques "à risque" ou "trouble bipolaire" |
| 197 (M. E. Young & Fristad, 2007) | N'évalue pas l'efficacité, l'acceptabilité ou l'applicabilité d'une intervention psychosociale". |
| 198 (M. E. Young & Fristad, 2009) | N'évalue pas l'efficacité, l'acceptabilité ou l'applicabilité d'une intervention psychosociale". |
| 199 (Youngstrom, Feeny, Youngstrom, Buckner, & Danielson, 2009) | N'évalue pas l'efficacité, l'acceptabilité ou l'applicabilité d'une intervention psychosociale". |
| 200 (Youngstrom, Freeman, Carpenter Song, Feeny, & Youngstrom, 2010) | N'évalue pas l'efficacité, l'acceptabilité ou l'applicabilité d'une intervention psychosociale". |
| 201 (A. Zaretsky, Lancee, Miller, Harris, & Parikh, 2008) | Ne correspond pas au groupe d'âge de "12 à 30 ans". |
| 202 (A. E. Zaretsky, Segal, & Gemar, 1999) | N'évalue pas l'efficacité, l'acceptabilité ou l'applicabilité d'une intervention psychosociale". |
| 203 (Zimmermann, Favrod, Trieu, & Pomini, 2005) | Ne correspond pas aux critères cliniques "à risque" ou "trouble bipolaire" |

Annexe 10. – Tableau de l'évaluation de la qualité des revues systématiques pour la Question 2

| ROBIS: Tool to assess risk of bias in systematic reviews (Whiting et al., 2016) | | Interrater assessment | | |
|---|--|-------------------------|----------------------|--------------------------|
| | | (Reinares et al., 2016) | (Frias et al., 2015) | (Vallarino et al., 2015) |
| 1. Study eligibility criteria | 1.1 Did the review adhere to pre-defined objectives and eligibility criteria? | Y | Y | Y |
| | 1.2 Were the eligibility criteria appropriate for the review question? | Y | Y | Y |
| | 1.3 Were eligibility criteria unambiguous? | Y | PY | Y |
| | 1.4 Were all restrictions in eligibility criteria based on study characteristics appropriate (e.g. date, sample size, study quality, outcomes measured)? | NI | PY | Y |
| | 1.5 Were any restrictions in eligibility criteria based on sources of information appropriate (e.g. publication status or format, language, availability of data)? | NI | PY | PY |
| <i>Judgment</i> | Concerns | U | L | L |
| 2. Identification and selection of studies | 2.1 Did the search include an appropriate range of databases/electronic sources for published and unpublished reports? | PN | Y | Y |
| | 2.2 Were methods additional to database searching used to identify relevant reports? | NI | NI | Y |
| | 2.3 Were the terms and structure of the search strategy likely to retrieve as many eligible studies as possible? | PN | PY | Y |
| | 2.4 Were restrictions based on date, publication format, or language appropriate? | NI | Y | N |
| | 2.5 Were efforts made to minimise error in selection of studies? | NI | Y | Y |
| <i>Judgment</i> | Concerns | U | L | L |
| 3. Data collection and study appraisal | 3.1 Were efforts made to minimise error in data collection? | NI | Y | Y |
| | 3.2 Were sufficient study characteristics available for both review authors and readers to be able to interpret the results? | PY | Y | PY |
| | 3.3 Were all relevant study results collected for use in the synthesis? | PY | Y | NI |
| | 3.4 Was risk of bias (or methodological quality) formally assessed using appropriate criteria? | PN | PN | NI |
| | 3.5 Were efforts made to minimise error in risk of bias assessment? | NI | Y | NI |
| <i>Judgment</i> | Concerns | U | L | U |
| 4. Synthesis and findings | 4.1 Did the synthesis include all studies that it should? | Y | Y | Y |
| | 4.2 Were all pre-defined analyses reported or departures explained? | NI | NI | Y |
| | 4.3 Was the synthesis appropriate given the nature and similarity in the research questions, study designs and outcomes across included studies? | PN | Y | Y |
| | 4.4 Was between-study variation (heterogeneity) minimal or addressed in the synthesis? | Y | Y | Y |
| | 4.5 Were the findings robust, e.g. as demonstrated through funnel plot or sensitivity analyses? | NI | N | NI |
| | 4.6 Were biases in primary studies minimal or addressed in the synthesis? | Y | PY | Y |
| <i>Judgment</i> | Concerns | H | L | L |
| Domain | 1. Concerns regarding specification of study eligibility criteria | U | L | L |
| | 2. Concerns regarding methods used to identify and/or select studies | U | L | L |
| | 3. Concerns regarding used to collect data and appraise studies | U | L | U |
| | 4. Concerns regarding the synthesis and findings | H | L | L |
| Risk of bias in the review | A. Did the interpretation of findings address all of the concerns identified in Domains 1 to 4? | PY | PN | PY |
| | B. Was the relevance of identified studies to the review's research question appropriately considered? | PY | PY | Y |
| | C. Did the reviewers avoid emphasizing results on the basis of their statistical significance? | PN | N | Y |
| Risk of bias in the review | | H | L | L |

Annexe 11. – Tableau de l'évaluation de la qualité des études avant / après pour la Question 2

| <i>Newcastle-Ottawa Quality Assessment Scale (Wells et al., 2009)</i> | | | | | | | | | |
|---|----------------------------|------------------------|------------------------|---------------------------|-------------------------|------------------------|------------------------|------------------------|-------------------------|
| | Sélection des participants | | | | Comparabilité | Résultats | | | |
| | Représentativité | Sélection | Exposition | Absence du résultat au T0 | Comparabilité | Évaluation à l'aveugle | Durée de l'observation | Attrition | Total |
| | <i>1 point maximum</i> | <i>1 point maximum</i> | <i>1 point maximum</i> | <i>1 point maximum</i> | <i>2 points maximum</i> | <i>1 point maximum</i> | <i>1 point maximum</i> | <i>1 point maximum</i> | <i>9 points maximum</i> |
| Étude portant sur des participants à risque | | | | | | | | | |
| (T. R. Goldstein et al., 2014) | 1 | 0 | 1 | 1 | 0 | 0 | 1 | 1 | 5 |
| Étude portant sur des participants à début précoce | | | | | | | | | |
| (B. I. Goldstein et al., 2014) | 1 | 0 | 1 | 1 | 0 | 0 | 1 | 1 | 5 |
| (Hlastala et al., 2010) | 1 | 0 | 1 | 1 | 0 | 0 | 1 | 1 | 5 |
| (Goldstein et al., 2007) | 1 | 0 | 1 | 1 | 0 | 0 | 1 | 1 | 5 |
| (Miklowitz, Georgea, Axelson, et al., 2004) | 1 | 0 | 1 | 1 | 0 | 0 | 1 | 1 | 5 |
| (Ozerdem et al., 2009) | 1 | 0 | 1 | 1 | 0 | 0 | 1 | 1 | 5 |

Annexe 12. – Tableau de l'évaluation de la qualité des essais cliniques randomisés pour la Question 2

| Critical appraisal skills programme (Singh, 2013) | | | | | | | | | | | | | | |
|---|---------------------------|----------------|-----------|------------------------|------------------------------|--------------------------------------|-------------------------------|------------------------------------|---------------|-----------------------------|-----------------------------------|-----|-------------|-----|
| | Définition de la question | Rando-misation | Attrition | Évaluation à l'aveugle | Similarité des groupes au T0 | Similarité du traitement des groupes | Ampleur de l'effet suffisante | Évaluation de l'ampleur de l'effet | Applicabilité | Exhaustivité des paramètres | Analyse avantages / inconvénients | OUI | NE SAIS PAS | NON |
| (Cardoso et al., 2015) | OUI | OUI | OUI | NON | OUI | OUI | OUI | NON | OUI | OUI | OUI | 9 | 0 | 2 |
| (Goldstein et al., 2015) | OUI | OUI | OUI | NON | NON | OUI | OUI | NON | OUI | OUI | NE SAIS PAS | 7 | 1 | 3 |
| (Miklowitz et al., 2008) | OUI | OUI | OUI | NON | OUI | OUI | OUI | NON | OUI | OUI | NE SAIS PAS | 8 | 1 | 2 |
| (Miklowitz, Schneck, George, et al., 2014b) | OUI | OUI | OUI | NON | OUI | OUI | OUI | NON | OUI | OUI | NE SAIS PAS | 8 | 1 | 2 |
| (Inder et al., 2015) | OUI | OUI | OUI | NON | OUI | OUI | OUI | NON | NE SAIS PAS | NON | NE SAIS PAS | 6 | 1 | 3 |

Annexe 13. – Tableau de l'évaluation de la qualité des essais contrôlés non randomisés pour la question 2

| Risk Of Bias in Non-randomized Studies – of Interventions (ROBINS-I) {Sterne, 2016 #290} | | | | | | | |
|--|-----------------------|-----------|----------------------------------|---------------------------------------|--------------------|----------------|-----------------------------------|
| | Facteurs de confusion | Sélection | Classification de l'intervention | Déviation de l'intervention planifiée | Données manquantes | Mesure d'effet | Sélection des résultats rapportés |
| (Macneil et al., 2012) | Modéré | Faible | Faible | Faible | Faible | Faible | Modéré |

Annexe 14. – Tableau de l'évaluation de la qualité des séries de cas et de l'étude de cas pour la Question 2

| Dixon-Woods (Dixon-Woods et al., 2004) | | | | | | | | |
|--|---------------------------|---------------------------|------------------------------|---------------------|--------------|-----------------------------|--------------|-----------------|
| | Définition de la question | Pertinence de la question | Description de l'échantillon | Collecte de données | Argumentaire | Interprétations Conclusions | Contribution | Total Maximum 7 |
| (Knutsson et al., 2016) | OUI | OUI | OUI | OUI | NON | OUI | OUI | 6 |
| (Gottlieb & Terman, 2012) | OUI | OUI | NON | OUI | NON | NON | NON | 3 |

Annexe 15. – Composantes de base des thérapies psychologiques

| | Nombre de séances | Psychoéducation | | | | | | | | Format | |
|--|-------------------|---------------------------|-----------------|--------------------|--|--------------------------------------|--------------------------------------|------------------------------|---|------------|--------------------|
| | | Adhérence à la médication | Rythmes sociaux | Abus de substances | Techniques de prévention de la rechute | Régulation cognitive et émotionnelle | Fonctionnement social et relationnel | Fonctionnement occupationnel | Entraînement aux habiletés de communication | Individuel | Séances familiales |
| TIPARS (T. R. Goldstein et al., 2014) | 12 | s.o. | ++ | s.o. | + | ++ | ++ | ++ | ++ | ++ | ++ |
| TCC (Macneil et al., 2012) | 24 ou plus | ++ | ++ | +++ | +++ | +++ | +++ | +++ | + | ++ | +++ |
| TDB (Goldstein et al., 2015) | 36 | +++ | s.o. | s.o. | + | + | + | + | + | ++ | ++ |
| TIPARS (Inder et al., 2015) | 42 | +++ | ++ | s.o. | + | ++ | ++ | ++ | ++ | ++ | ++ |
| TCF-A (Miklowitz et al., 2008; Miklowitz, Georgea, Axelson, et al., 2004; Miklowitz, Schneck, George, et al., 2014b) | 21 | +++ | ++ | + | ++ | s.o. | ++ | ++ | ++ | ++ | +++ |
| TCF-AS (B. I. Goldstein et al., 2014) | 21 | ++ | ++ | +++ | ++ | s.o. | + | + | +++ | ++ | +++ |
| TIPARS (Hlastala et al., 2010) | 21 | + | +++ | + | ++ | s.o. | +++ | ++ | ++ | + | + |

Légende

TC = Thérapie cognitivo-comportementale, **TDB** = Thérapie dialectique comportementale, **EPPIC** = *Early Psychosis Prevention and Intervention Center*, **IFpA** = Intervention familiale pour adolescents avec psychoses, **TCF** = Thérapie centrée sur la famille, **TCF-A** = Thérapie centrée sur la famille pour adolescents, **TCF-AS** = Thérapie centrée sur la famille avec abus de substance, **TIPARS** = Thérapie interpersonnelle avec aménagement des rythmes sociaux, **TIPARS-A** = Thérapie interpersonnelle avec aménagement des rythmes sociaux pour adolescents. +++ Module d'intervention manualisé, ++ Technique spécifiquement incluse dans la thérapie, + Mentionné comme objectif thérapeutique, mais description détaillée limitée.

Annexe 16. – Études complétées auprès des personnes à haut risque de trouble bipolaire

| Auteur(s) | Symptomatologie | Nombre et description des participants | Type / devis d'étude | Groupe expérimental | Groupe de contrôle | Durée du suivi (en mois) | Résultats |
|--------------------------------|--|--|----------------------|--|--------------------|--------------------------|--|
| (T. R. Goldstein et al., 2014) | <ul style="list-style-type: none"> Personnes avec Hx familial de TB À l'entrée, 13 personnes avaient + 1 Dx (3 avec dépression, 3 avec TDAH) | <ul style="list-style-type: none"> 18 participants à l'entrée, résultats rapportés pour 13 participants à une séance ou plus 13 à 18 ans 6♀ | AA | <ul style="list-style-type: none"> Pharmacothérapie TIPARS 6 mois | s.o. | 6 | <ul style="list-style-type: none"> Familles satisfaites avec l'intervention. 13 participants ont assisté à 50 % des séances. 4 participants avec Dx de dépression à la sortie Changements significatifs sur le cycle veille sommeil et le rythme circadien ($p < 0.05$). |

Légende

TIPARS = Thérapie interpersonnelle avec aménagement des rythmes sociaux, **Dx** = Diagnostic, **TDAH** = Trouble de déficit de l'attention et d'hyperactivité, **TB** = Trouble bipolaire.

Annexe 17. – Études complétées auprès des personnes à début précoce de trouble bipolaire

| Auteur(s) | Symptomatologie | Nombre et description des participants | Type / devis d'étude | Groupe expérimental | Groupe de contrôle | Durée du suivi (en mois) | Résultats |
|---|---|--|----------------------|---|--|--------------------------|---|
| (Cardoso et al., 2015) | TBI ou TBII | <ul style="list-style-type: none"> •61 participants à l'entrée, 45 à la sortie, 31 à 6 mois, 28 à 12 mois •18 à 29 ans •42♀ | ECR | <ul style="list-style-type: none"> •Pharmacothérapie •Psychoéducation •6 séances d'une heure •32 participants •21♀ | <ul style="list-style-type: none"> •Pharmacothérapie •TxHab •29 participants •21♂ | 12 | <ul style="list-style-type: none"> •Amélioration, mais non significative, des symptômes thymiques ($p = p.074$) et du cycle veille sommeil et des activités sociales ($p = 0.057$) . |
| (Goldstein et al., 2015) | TBI, TBII ou TBNS | <ul style="list-style-type: none"> •20 participants •12 à 18 ans •15♀ | ECR | <ul style="list-style-type: none"> •Pharmacothérapie •TDB •36 séances •14 participants •11♀ | <ul style="list-style-type: none"> •Pharmacothérapie •Interventions psychosociales •6 participants •4♀ | 12 | <ul style="list-style-type: none"> •Adhérence significativement plus élevée chez le groupe expérimental ($p < 0.01$). •Satisfaction très élevée pour les deux groupes ($p > 0.1$). •Diminution significative chez le groupe expérimental des Sx dépressifs ($p = 0.05$), des idéations suicidaires ($p = 0.07$) et amélioration significative chez le groupe expérimental de la régulation émotionnelle ($p = 0.19$). |
| (Inder et al., 2015) | TBI, TBII ou TBNS | <ul style="list-style-type: none"> •100 participants •15 à 36 ans •76♀ | ECR | <ul style="list-style-type: none"> •Pharmacothérapie •TIPARS-A •18 mois •49 participants •37♀ | <ul style="list-style-type: none"> •Pharmacothérapie •Soutien spécialisé (TxHab et counseling) •51 participants •39♀ | 36 | <ul style="list-style-type: none"> •Amélioration significative chez les deux groupes des Sx dépressifs ($p < 0.001$) et maniaques ($p < 0.001$), et du niveau de fonctionnement ($p < 0.001$). •Pas de différence significative entre les Tx ($p < 0.001$). |
| (Miklowitz, Schneck, George, et al., 2014b) | TBI, TBII avec manie, états mixtes ou épisode dépressifs dans les 3 mois précédents | <ul style="list-style-type: none"> •145 participants •12 à 18 ans •79♀ | ECR | <ul style="list-style-type: none"> •Pharmacothérapie •TCF-A •9 mois •72 participants •36♀ | <ul style="list-style-type: none"> •Pharmacothérapie •TxHab=soins augmentés •73 participants •43 ♀ | 24 | <ul style="list-style-type: none"> •Pas de différence significative entre les deux groupes sur le temps avant le rétablissement (K-SADS DRS : $p < 0.001$, MRS : $p = 0.01$) ou le % de temps euthymique ($p = 0.048$). •Le groupe expérimental montre une amélioration significative des Sx et de la durée sans Sx |

| Auteur(s) | Symptomatologie | Nombre et description des participants | Type / devis d'étude | Groupe expérimental | Groupe de contrôle | Durée du suivi (en mois) | Résultats |
|--------------------------------|--|--|----------------------|---|---|--------------------------|---|
| | | | | | | | (hypo)maniaques, mais pas sur les Sx dépressifs ($p = 0.046$). |
| (Miklowitz et al., 2008) | TBI, TBII ou TBNS avec épisode thymique dans les 3 derniers mois | <ul style="list-style-type: none"> •58 participants •12 à 17 ans •33♀ | ECR | <ul style="list-style-type: none"> •Pharmacothérapie •TCF-A •9 mois •30 participants •(N♀ non rapporté) | <ul style="list-style-type: none"> •Pharmacothérapie •TxHab=Soins augmentés •28 participants •(N♀ non rapporté) | 24 | <ul style="list-style-type: none"> •Le groupe expérimental se rétablit sept sem plus tôt sur les Sx dépressifs ($p = 0.037$). •Pas de différence significative entre les groupes sur les Sx maniaques ($p = 0.11$) et le taux de rechute ($p = 0.48$). |
| (B. I. Goldstein et al., 2014) | Trouble bipolaire I, II ou NS + usage de TCH ou RoH x mois mois | <ul style="list-style-type: none"> •10 participants •13 à 18 ans •38♀ | AA | <ul style="list-style-type: none"> •Pharmacothérapie •TCF-AS adaptée à l'usage de substances psychoactives •10 participants •5♀ | s.o. | 12 | <ul style="list-style-type: none"> •Attrition de 4 participants sur 10. •Amélioration significative des Sx maniaques ($p = 0.003$) et dépressifs ($p = 0.001$). •Amélioration non significative du fonctionnement global ($p = 0.013$). •Réduction non significative d'usage du THC ($p = 0.093$). |
| (Hlastala et al., 2010) | TB | <ul style="list-style-type: none"> •12 participants •13 à 17 ans •6♀ | AA | <ul style="list-style-type: none"> •Pharmacothérapie •TIPARS-A •6 mois | s.o. | 5 | <ul style="list-style-type: none"> •Adhérence élevée au Tx (97 % des séances) •Amélioration significative des Sx (BPRS-C : $p = 0.002$, MRS : $p = 0.03$, BDI : $p = 0.04$) et du niveau de fonctionnement (CGAS : $p = 0.001$). |
| (Goldstein et al., 2007) | TBI, TBII ou TBNS | <ul style="list-style-type: none"> •10 participants •12 à 18 ans •8♀ | AA | <ul style="list-style-type: none"> •Pharmacothérapie •TDB | s.o. | 12 | <ul style="list-style-type: none"> •Faisabilité et acceptabilité élevée dde la TDB pour 9 des 10 participants •Amélioration significative sur les idéations suicidaires et l'automutilation ($p = 0.06$), sur la régulation émotionnelle ($p = 0.02$) et les Sx dépressifs ($p = 0.03$), mais pas sur les Sx maniaques ($p = 0.01$), ni sur le fonctionnement interpersonnel ($p >$ |

| Auteur(s) | Symptomatologie | Nombre et description des participants | Type / devis d'étude | Groupe expérimental | Groupe de contrôle | Durée du suivi (en mois) | Résultats |
|---|----------------------|---|----------------------|--|--------------------|--------------------------|---|
| | | | | | | | 0.05). |
| (Miklowitz, Georgea, Axelson, et al., 2004) | TBI, TBII | <ul style="list-style-type: none"> •20 participants + famille •13 à 17 ans •9♀ | AA | <ul style="list-style-type: none"> •Pharmacothérapie •TCF-A •21 séances | s.o. | 6 | <ul style="list-style-type: none"> •Amélioration significative des Sx dépressifs de 38 % (Cohen's $d = 0.065$), maniaques de 46 % (Cohen's $d = 0.79$) et problèmes comportementaux à un (1) an (Cohen's $d = 1.70$). |
| (Knutsson et al., 2016) | TBI, TBII ou TBNS | <ul style="list-style-type: none"> •7 participants + famille •(N♀non rapporté) | SC | <ul style="list-style-type: none"> •Pharmacothérapie •TCC-A (RAINBOW) adapté •12 séances | s.o. | 3 | <ul style="list-style-type: none"> •Intervention acceptable et complémentaire à la pharmacothérapie •Couvre un large éventail de tableaux familiaux. |
| (Ozerdem et al., 2009) | TBI, TBII ou TBNS | <ul style="list-style-type: none"> •10 participants •5♀ | SC | <ul style="list-style-type: none"> •Pharmacothérapie •TCF •21 séances | s.o. | 9 | <ul style="list-style-type: none"> •Bonne validité écologique (Turquie) •Augmentation significative du score EGF, diminution significative du score CGI-S, réduction significative du nombre d'épisodes. |
| (Gottlieb & Terman, 2012) | Dépression bipolaire | <ul style="list-style-type: none"> •1 participant ♀ •20 ans | ÉC | <ul style="list-style-type: none"> •Triple chronothérapie : privation de sommeil + lumbinothérapie + pharmacothérapie | s.o. | 3 jrs | <ul style="list-style-type: none"> •Amélioration rapide et significative durant le Tx, mais détérioration rapide à l'arrêt du Tx. |

Légende

TCC = Thérapie cognitivo-comportementale, **TDB** = Thérapie dialectique comportementale, **EPPIC** = *Early Psychosis Prevention and Intervention Center*, **IFPA** = Intervention familiale pour adolescents avec psychoses, **TCF** = Thérapie centrée sur la famille, **TCF-A** = Thérapie centrée sur la famille pour adolescents, **TCF-AS** = Thérapie centrée sur la famille avec abus de substance, **TIPARS** = Thérapie interpersonnelle avec aménagement des rythmes sociaux, **TIPARS-A** = Thérapie interpersonnelle avec aménagement des rythmes sociaux pour adolescents; **Dx** = Diagnostic, **Hx** = Historique, **Sx** = Symptômes, **Tx** = Traitement, **TxHab** = Traitement habituel, **EGF** = Échelle globale de fonctionnement, **CGI-S** = *Clinical Global Impression Scale*, **THC** = Tétrahydrocannabinol, **RoH** = Alcool, **TDAH** = Trouble de déficit de l'attention et d'hyperactivité, **TB** = Trouble bipolaire, **TBI** = Trouble bipolaire I, **TBII** = Trouble bipolaire II, **TBNS** = Trouble bipolaire non spécifié, **AA** = Étude avant-après, **ERC** = Essai clinique randomisé, **EC** = Essai clinique, **ÉO** = Étude en ouvert, **ÉC** = Étude de cas, **SC** = Série de cas, **s.o.** = sans objet.

Annexe 18. – Études complétées auprès des personnes au 1^{er} épisode de trouble bipolaire

| Auteur(s) | Symptomatologie | Nombre et description des participants | Type / devis d'étude | Groupe expérimental | Groupe de contrôle | Durée du suivi (en mois) | Résultats |
|------------------------|---|---|----------------------|--|--|--------------------------|---|
| (Macneil et al., 2012) | 1 ^{er} épisode maniaque avec Sx psychotiques | <ul style="list-style-type: none"> •40 participants •15 à 25 ans •20 = TCC •20 = TxHab •14 ♀ | ECC | <ul style="list-style-type: none"> •Pharmacothérapie •TCC de groupe durant 18 mois •20 participants •7 ♀ | <ul style="list-style-type: none"> •Pharmacothérapie •TxHab=<i>case management</i> •Apport individuel et familial •20 participants •7 ♀ | 18 | <ul style="list-style-type: none"> •Amélioration significative chez les deux groupes sur les Sx maniaques sans différences entre les groupes ($p < 0.001$). •Le groupe expérimental montre une amélioration significative sur les Sx dépressifs ($p < 0.001$). •Les deux groupes montrent une amélioration clinique globale significative (CGI-S : $p < 0.001$, SOFAS : $p = 0.007$, GAF : $p = 0.001$). •Pas de différences chez les deux groupes sur les rechutes ($p = 0.425$). |

Légende

TCC = Thérapie cognitivo-comportementale, **TxHab** = Traitement habituel

Références

- Abdel-Baki, A., Létourneau, G., Morin, C., & Ng, A. (2013). Resumption of work or studies after first-episode psychosis: the impact of vocational case management. *Early Intervention in Psychiatry, 7*, 391–398.
- Addington, D., McKenzie, E., Addington, J., Patten, S., Smith, H., & Adair, C. (2005). Performance Measures for Early Treatment Services. *Psychiatric Services, 56*, 1570-1582.
- Agius, M., Shah, S., Ramkissoon, R., Murphy, S., & Zaman, R. (2007). Three year outcomes of an early intervention for psychosis service as compared with treatment as usual for first psychotic episodes in a standard community mental health team - final results. *Psychiatria Danubina, 19*(3), 130-138.
- Agrément Canada. (2015). Backgrounder Client and family centred care (CFCC).
- Algorta, G. P., Youngstrom, E. A., Frazier, T. W., Freeman, A. J., Findling, R. L., & Youngstrom, J. K. (2011). Suicidality in pediatric bipolar disorder: Predictor or outcome of family processes and mixed mood presentation? *Bipolar disorders, 13*(1), 76-86.
- Alonso, E. X. (2009). An adolescent suicide prevention program design using multiple family group therapy. *Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering, 69*(7-B), 4407.
- Alvarez-Jimenez, M., Bendall, S., Lederman, R., Wadley, G., Chinnery, G., Vargas, S., . . . Gleeson, J. F. (2013). On the HORYZON: Moderated online social therapy for long-term recovery in first episode psychosis. *Schizophrenia Research, 143*, 143-149.
- American Psychiatric Association. (2015). *DSM-5 : Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux*. France: Elsevier Masson SAS.
- Amerio, A., Odone, A., Marchesi, C., & Ghaemi, S. N. (2014). Treatment of comorbid bipolar disorder and obsessive-compulsive disorder: A systematic review. *Journal of Affective Disorders, 166*, 258-263.
- Anderson, K. K., Flora, N., Archie, S., Morgan, C., & McKenzie, K. (2014). A meta-analysis of ethnic differences in pathways to care at the first episode of psychosis. *Acta psychiatrica Scandinavica, 130*(4), 257-268.
- Anderson, K. K., Fuhrer, R., & Malla, A. K. (2010). The pathways to mental health care of first-episode psychosis patients: a systematic review. *Psychological Medicine, 40*(10), 1585-1597.
- Angst, J., Felder, W., & Lohmeyer, B. (1980). Course of Schizoaffective Psychoses: Results of a Followup Study. *Schizophrenia Bulletin, 6*(4), 579-585.
- Ankers, D., & Jones, S. H. (2009). Objective assessment of circadian activity and sleep patterns in individuals at behavioural risk of hypomania. *Journal of clinical psychology, 65*(10), 1071-1086.
- Antoniades, J., Mazza, D., & Brijnath, B. (2014). Efficacy of depression treatments for immigrant patients: results from a systematic review. *BMC psychiatry, 14*(1), 1-12.
- Araki, Y., Terao, T., Hoaki, N., Wang, Y., & Goto, S. (2012). Bipolar temperaments and light. *Journal of Affective Disorders, 136*(3), 740-742.
- Association, A. P. (2000). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders – Fourth Edition, Text Revision (DSM-IV-TR)*. Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Axelson, D., Birmaher, B., Strober, M., Gill, M. K., Valeri, S., Chiappetta, L., . . . Keller, M. (2006). Phenomenology of children and adolescents with bipolar spectrum disorders. *Archives of General Psychiatry, 63*(10), 1139-1148.
- Barnes, C. W., Hadzi-Pavlovic, D., Wilhelm, K., & Mitchell, P. B. (2015). A web-based preventive intervention program for bipolar disorder: outcome of a 12-months randomized controlled trial. *Journal of Affective Disorders, 174*, 485-492.
- Bassett, J., Lloyd, C., & Bassett, H. (2001). Work Issues for Young People with Psychosis: Barriers to Employment. *British Journal of Occupational Therapy, 64*(2), 66-72. doi:doi:10.1177/030802260106400203
- Bauer, M., Glenn, T., Grof, P., Rasgon, N., Alda, M., Marsh, W., . . . Whybrow, P. C. (2009). Comparison of sleep/wake parameters for self-monitoring bipolar disorder. *Journal of Affective Disorders, 116*(3), 170-175.

- Beauchamp, S., Drapeau, M., & Dionne, C. (2015). The Development of Practice Guidelines in the Social and Human Sciences. *Canadian Psychology/Psychologie canadienne*.
- Beck, A. T., & Steer, R. A. (1990). *Manual for the Bepression Inventory*. San Antonio, TX: Psychological Corporation.
- Beckford-Ball, J. (2006). An overview of the new NICE guidelines on bipolar disorder. *Nursing times*, 102(34), 23-24.
- Bee, P., Price, O., Baker, J., & Lovell, K. (2015). Systematic synthesis of barriers and facilitators to service user-led care planning. *British Journal of Psychiatry*, 207(2), 104-114.
- Benarous, X., Consoli, A., Milhiet, V., & Cohen, D. (2015). Early interventions for youths at high risk for bipolar disorder: A developmental approach. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 217-233.
- Berk, M., Hallam, K., Malhi, G. S., Henry, L., Hasty, M., Macneil, C., . . . McGorry, P. D. (2010). Evidence and implications for early intervention in bipolar disorder. *Journal of Mental Health*, 19(2), 113-126.
- Bernstein, B. (2011). Bipolar affective disorder in young people: A review. *Adolescent Psychiatry*, 1(4), 313-320.
- Bertelsen, M., Jeppesen, P., Petersen, L., & et al. (2008). Five-year follow-up of a randomized multicenter trial of intensive early intervention vs standard treatment for patients with a first episode of psychotic illness: The opus trial. *Archives of General Psychiatry*, 65(7), 762-771.
- Bertelsen, M., Jeppesen, P., Petersen, L., Thorup, A., Øhlenschläger, J., & Quach, P. (2008). Five-year follow-up of a randomized multicenter trial of intensive early intervention vs standard treatment for patients with a first episode of psychotic illness: the OPUS trial. *Arch Gen Psychiatry*, 65.
- Bertha, E. A., & Balazs, J. (2013). Subthreshold depression in adolescence: A systematic review. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 22(10), 589-603.
- Birchwood, M., Connor, C., Lester, H., Patterson, P., Freemantle, N., Marshall, M., . . . Singh, S. P. (2014). Reducing duration of untreated psychosis: Care pathways to early intervention in psychosis services. *Schizophrenia Research*, 153, S48.
- Birchwood, M., & Fiorillo, A. (2000). The critical period for early intervention. *Psychiatric Rehabilitation Skills*, 4.
- Birmaher, B. (2013). Psychotherapy for youth at risk for bipolar disorder. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 52(2), 116-118.
- Birmaher, B., Axelson, D., Goldstein, B., Strober, M., Gill, M. K., Hunt, J., . . . Keller, M. (2009). Four-Year Longitudinal Course of Children and Adolescents with Bipolar Spectrum Disorder: The Course and Outcome of Bipolar Youth (COBY) Study. *American Journal of Psychiatry*, 166(795-804).
- Birmaher, B., Axelson, D., Goldstein, B., Strober, M., Gill, M. K., Hunt, J., . . . Keller, M. B. (2012). Four-Year Longitudinal Course of Children and Adolescents With Bipolar Spectrum Disorders: The Course and Outcome of Bipolar Youth (COBY) Study. *FOCUS*, 10(3), 389-400.
- Birmaher, B., Ehmann, M., Axelson, D. A., Goldstein, B. I., Monk, K., Kalas, C., & Leibenluft, E. (2009). Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School-Age Children (K-SADS-PL) for the Assessment of Preschool Children - A Preliminary Psychometric Study. *Journal of Psychiatric Research*, 43(7), 680–686.
- Bjorgvinsson, T., Kertz, S. J., Bigda-Peyton, J. S., Rosmarin, D. H., Aderka, I. M., & Neuhaus, E. C. (2014). Effectiveness of cognitive behavior therapy for severe mood disorders in an acute psychiatric naturalistic setting: a benchmarking study. *Cognitive behaviour therapy*, 43(3), 209-220.
- Bodén, R., Sundström, J., Lindström, E., Wieselgren, I.-M., & Lindström, L. (2010). Five-year outcome of first-episode psychosis before and after the implementation of a modified assertive community treatment programme. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 45(6), 665-674. doi:10.1007/s00127-009-0108-3
- Bond, D. J., Hadjipavlou, G., Lam, R. W., McIntyre, R. S., Beaulieu, S., Schaffer, A., . . . Anxiety Treatments Task, F. (2012). The Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments (CANMAT) task force recommendations for the management of patients with mood disorders and comorbid attention-deficit/hyperactivity disorder. *Annals of clinical psychiatry : official journal of the American Academy of Clinical Psychiatrists*, 24(1), 23-37.

- Bond, D. J., Hadjipavlou, G., Lam, R. W., McIntyre, R. S., Beaulieu, S., Schaffer, A., . . . Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments Task Force. (2012). The Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments (CANMAT) task force recommendations for the management of patients with mood disorders and comorbid attention-deficit/hyperactivity disorder. *Annals of clinical psychiatry : official journal of the American Academy of Clinical Psychiatrists*, 24(1), 23-37.
- Bond, G. R., Drake, R. E., & Luciano, A. (2015). Employment and educational outcomes in early intervention programmes for early psychosis: a systematic review. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, 24(5), 446-457.
- Bonnin, C. M., Torrent, C., Vieta, E., & Martinez-Aran, A. (2014). Restoring functioning in bipolar disorder: functional remediation. *Harvard review of psychiatry*, 22(6), 326-330.
- Boris, B., Axelson, D., Goldstein, B., Strober, M., Gill, M. K., Hunt, J., . . . Keller, M. (2012). Four-Year Longitudinal Course of Children and Adolescents With Bipolar Spectrum Disorders: The Course and Outcome of Bipolar Youth (COBY) Study. *FOCUS*, 10(3), 389-400.
- Bos, E. H., Merea, R., van den Brink, E., Sanderman, R., & Bartels-Velthuis, A. A. (2014). Mindfulness training in a heterogeneous psychiatric sample: outcome evaluation and comparison of different diagnostic groups. *Journal of clinical psychology*, 70(1), 60-71.
- Bower, P., Gilbody, S., Richards, D., Fletcher, J., & Sutton, A. J. (2006). Collaborative care for depression in primary care : Making sense of a complex intervention: systematic review and meta-regression. *British Journal of Psychiatry*, 189(6), 484-493.
- Bradford, D. W., Cunningham, N. T., Slubicki, M. N., McDuffie, J. R., Kilbourne, A. M., Nagi, A., & Williams, J. W. (2013). An evidence synthesis of care models to improve general medical outcomes for individuals with serious mental illness: A systematic review. *The Journal of clinical psychiatry*, 74(8), e754-764.
- Browning, S., Corrigan, R., Garety, P., Emsley, R., & Jolley, S. (2013). Psychological interventions for adolescent psychosis: A pilot controlled trial in routine care. *European Psychiatry*, 28(7), 423-426.
- Burns, T. (2009). Essential features in outpatient care of severely mentally individuals. *European Psychiatry*, 24, S239.
- Busch, A. B., Frank, R. G., & Sachs, G. (2008). Bipolar-I depression outpatient treatment quality and costs in usual care practice. *Psychopharmacology bulletin*, 41(2), 24-39.
- Butler, M., Kane, R. L., McAlpine, D., Kathol, R., Fu, S. S., Hagedorn, H., & Wilt, T. (2011). Does Integrated Care Improve Treatment for Depression ? A Systematic Review. *The Journal of Ambulatory Care Management*, 34(2), 113-125.
- Callaghan, P., Eales, S., Coates, T., & Bowers, L. (2003). A review of research on the structure, process and outcome of liaison mental health services. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 10(2), 155-165.
- Caman, K. L., Dardess, P., Maurer, M., Sofaer, S., Adams, K., Bechtel, C., & Sweeney, J. (2013). Patient And Family Engagement: A Framework For Understanding The Elements And Developing Interventions And Policies. *Health Affairs*, 36(3), 1-10.
- Candini, V., Buizza, C., Ferrari, C., Caldera, M. T., Ermentini, R., Ghilardi, A., . . . de Girolamo, G. (2013). Is structured group psychoeducation for bipolar patients effective in ordinary mental health services? A controlled trial in Italy. *Journal of Affective Disorders*, 151(1), 149-155.
- Cape, J., Whittington, C., & Bower, P. (2010). What is the role of consultation–liaison psychiatry in the management of depression in primary care? A systematic review and meta-analysis. *General Hospital Psychiatry*, 32(3), 246-254.
- Cardoso, T. d. A., Campos Mondin, T., Reyes, A. N., Zeni, C. P., Souza, L. D. d. M., da Silva, R. A., & Jansen, K. (2015). Biological Rhythm and Bipolar Disorder: Twelve-Month Follow-Up of a Randomized Clinical Trial. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 203(10), 792-797.
- Carlson, G. A., Jensen, P. S., Findling, R. L., Meyer, R. E., Calabrese, J., DelBello, M. P., . . . Youngstrom, E. A. (2003). Consensus Report - Methodological Issues and Controversies in Clinical Trials with Child and

- Adolescent Patients with Bipolar Disorder: Report of a Consensus Conference. *Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology*, 13(1), 13-27.
- Carlsson, J. M., Olsen, D. R., Kastrup, M., & Mortensen, E. L. (2010). Late mental health changes in tortured refugees in multidisciplinary treatment. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 198, 824-828.
- Carr, A. (2009). Bipolar disorder in young people: Description, assessment and evidence-based treatment. *Developmental neurorehabilitation*, 12(6), 427-441.
- Casey, K. A. (2008). Effective interventions for students with bipolar disorder. *The school practitioner's concise companion to mental health.*, 119-129.
- Chakrabarti, G. (2006). Review of Treating Bipolar Disorder: A Clinician's Guide to Interpersonal and Social Rhythm Therapy. *International Review of Psychiatry*, 18(2), 191.
- Chang, K. D. (2008). Treatment of children and adolescents at high risk for bipolar disorder. *Treatment of bipolar disorder in children and adolescents.*, 287-305.
- Chang, K. D. (2009). Challenges in the diagnosis and treatment of pediatric bipolar depression. *Dialogues in Clinical Neuroscience*, 11(1), 73-80.
- Chang, K. D., Howe, M., Gallelli, K., & Miklowitz, D. (2006). Prevention of pediatric bipolar disorder: Integration of neurobiological and psychosocial processes. *Resilience in Children*, 1094, 235-247.
- Chang, K. D., Howe, M., & Simeonova, D. I. (2005). Treatment of Children and Adolescents With Bipolar Disorder. *Advances in treatment of bipolar disorder.*, 179-209.
- Chang, K. D., Singh, M. K., Wang, P. W., & Howe, M. (2010). Management of bipolar disorders in children and adolescents. *Handbook of diagnosis and treatment of bipolar disorders.*, 389-424.
- Chen, E. Y., Tang, J. Y., & Hui, C. L. (2011). Three-year outcome of phase-specific early intervention for first-episode psychosis: a cohort study in Hong Kong. *Early Intervention in Psychiatry*, 5, 315–323.
- Chisholm, D., van Ommeren, M., Ayuso-Mateos, J.-L., & Saxena, S. (2005). Cost-effectiveness of clinical interventions for reducing the global burden of bipolar disorder. *British Journal of Psychiatry*, 187, 559-567.
- Chung, B., Mikesell, L., & Miklowitz, D. (2014). Flexibility and structure may enhance implementation of family-focused therapy in community mental health settings. *Community Mental Health Journal*, 50(7), 787-791.
- Chung, W. W., Vesco, A. T., Resko, S., Schiman, N., & Fristad, M. A. (2012). Psychosocial interventions for youth with bipolar disorders: Combining clinicians' and caregivers' perspectives. *Professional Psychology: Research & Practice*, 43(6), 633-640.
- Cocchi, A., Mapelli, V., Meneghelli, A., & Preti, A. (2011). Cost-effectiveness of treating first-episode psychosis: five-year follow-up results from an Italian early intervention programme. *Early Intervention in Psychiatry*, 5, 203–211.
- Colom, F. (2014). The evolution of psychoeducation for bipolar disorder: from lithium clinics to integrative psychoeducation. *World Psychiatry*, 13(1), 90-92.
- Colom, F., & Vieta, E. (2004). Improving the outcome of bipolar disorder through nonpharmacological strategies: The role of psychoeducation. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 26:(suppl 3), 47–50.
- Colom, F., Vieta, E., Sanchez-Moreno, J., Palomino-Otiniano, R., Reinares, M., Goikolea, J. M., . . . Martinez-Aran, A. (2009). Group psychoeducation for stabilised bipolar disorders: 5-year outcome of a randomised clinical trial. *British Journal of Psychiatry*, 194(3), 260-265.
- Commissaire à la santé et au bien-être. (2012). *Pour plus d'équité et de résultats en santé mentale au Québec : Rapport d'appréciation de la performance du système de santé et de services sociaux*. Québec.
- Conus, P., Abdel-Baki, A., Harrigan, S., Lambert, M., McGorry, P. D., & Berk, M. (2010). Pre-morbid and outcome correlates of first episode mania with psychosis: Is a distinction between schizoaffective and bipolar I disorder valid in the early phase of psychotic disorders? *Journal of Affective Disorders*, 126(1–2), 88-95.

- Cooper, M., Evans, Y., & Pybis, J. (2016). Interagency collaboration in children and young people's mental health: a systematic review of outcomes, facilitating factors and inhibiting factors. *Child: care, health and development*, 42(3), 325-342.
- Coryell, W., Solomon, D., Turvey, C., Turvey, C., Keller, M. B., Leon, A. C., . . . Mueller, T. (2003). The long-term course of rapid-cycling bipolar disorder. *Archives of General Psychiatry*, 60(9), 914-920.
- Cosci, F., & Fava, G. A. (2013). Staging of mental disorders: systematic review. *Psychotherapy and psychosomatics*, 82(1), 20-34.
- Costa, R. T., Cheniaux, E., Range, B. P., Versiani, M., & Nardi, A. E. (2012). Group cognitive behavior therapy for bipolar disorder can improve the quality of life. *Brazilian Journal of Medical and Biological Research*, 45(9), 862-868.
- Costa, R. T., Cheniaux, E., Rosaes, P. A. L., Carvalho, M. R., Freire, R. C. R., Versiani, M., . . . Nardi, A. E. (2011). The effectiveness of cognitive behavioral group therapy in treating bipolar disorder: a randomized controlled study. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 33(2), 144-149.
- Cotton, S., Luberto, C. M., Sears, R. W., Strawn, J. R., Stahl, L., Wasson, R. S., . . . Delbello, M. P. (2015). Mindfulness-based cognitive therapy for youth with anxiety disorders at risk for bipolar disorder: a pilot trial. *Early Intervention in Psychiatry*.
- Craig, T. K., Garety, P., Power, P., Rahaman, N., Colbert, S., & Fornells-Ambrojo, M. (2004). The Lambeth Early Onset (LEO) Team: randomised controlled trial of the effectiveness of specialised care for early psychosis. *British Medical Journal*, 329, 1-5.
- Craven, M. A., & Bland, R. (2006). Better Practices in Collaborative Mental Health Care. *Canadian Journal of Psychiatry*, 51(6), 9S-11S.
- Cullberg, J., Levander, S., Holmqvist, R., Mattsson, M., & Wieselgren, I. M. (2002). One-year outcome in first episode psychosis patients in the Swedish Parachute project. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 106(4), 276-285.
- Cullberg, J., Mattsson, M., Levander, S., Holmqvist, R., Tomsmark, L., Elingfors, C., & Wieselgren, I. M. (2006). Treatment costs and clinical outcome for first episode schizophrenia patients: a 3-year follow-up of the Swedish 'Parachute Project' and Two Comparison Groups. *Acta psychiatrica Scandinavica*, 114(4), 274-281.
- Cummings, C. M., & Fristad, M. A. (2007). Medications Prescribed for Children With Mood Disorders: Effects of a Family-Based Psychoeducation Program. *Experimental and Clinical Psychopharmacology*, 15(6), 555-562.
- Cusack, J., Deane, F., Wilson, C., & Ciarrochi, J. (2004). Who influence men to go to therapy? Reports from men attending psychological services. *International Journal for the Advancement of Counselling*, 26.
- D'Souza, R., Piskulic, D., & Sundrama, S. (2010). A brief dyadic group based psychoeducation program improves relapse rates in recently remitted bipolar disorder: A pilot randomised controlled trial. *Journal of Affective Disorders*, 120, 272-276.
- de Barros Pellegrinelli, K., de O Costa, L. F., Silval, K. I. D., Dias, V. V., Roso, M. C., Bandeira, M., . . . Moreno, R. A. (2013). Efficacy of psychoeducation on symptomatic and functional recovery in bipolar disorder. *Acta psychiatrica Scandinavica*, 127(2), 153-158.
- Deckersbach, T., Peters, A. T., Sylvia, L., Urdahl, A., Magalhaes, P. V. S., Otto, M. W., . . . Nierenberg, A. (2014). Do comorbid anxiety disorders moderate the effects of psychotherapy for bipolar disorder? Results from STEP-BD. *American Journal of Psychiatry*, 171(2), 178-186.
- Demant, K. M., Almer, G. M., Vinberg, M., Kessing, L. V., & Miskowiak, K. W. (2013). Effects of cognitive remediation on cognitive dysfunction in partially or fully remitted patients with bipolar disorder: study protocol for a randomized controlled trial. *Trials*, 14, 378.
- Dixon-Woods, M., Shaw, R. L., Agarwal, S., & Smith, J. A. (2004). The problem of appraising qualitative research. *Quality and Safety in Health Care*, 13(3), 223-225.

- Docteur, A., Mirabel-Sarron, C., Guelfi, J.-D., Rouillon, F., & Gorwood, P. (2013). The role of CBT in explicit memory bias in bipolar I patients. *Journal of behavior therapy and experimental psychiatry*, *44*(3), 307-311.
- Dodgson, G., Crebbin, K., Pickering, C., Mitford, E., Brabban, A., & Paxton, R. (2008). Early intervention in psychosis service and psychiatric admissions. *Psychiatric Bulletin*, *32*(11), 413-416. doi:10.1192/pb.bp.107.017442
- Dowrick, C., Gask, L., Edwards, S., Aseem, S., Bower, P., Burroughs, H., . . . Waheed, W. (2009). Researching the mental health needs of hard-to-reach groups: managing multiple sources of evidence. *BMC Health Services Research*, *9*(1), 226.
- Doyle, R., Turner, N., Fanning, F., Brennan, D., Renwick, L., Lawlor, E., & Clarke, M. (2014). First-Episode Psychosis and Disengagement From Treatment: A Systematic Review. *Psychiatric Services*, *65*(5), 603-611.
- Dudley, R., Nicholson, M., Stott, P., & Spoons, G. (2014). Improving vocational outcomes of service users in an Early Intervention in Psychosis service. *Early Intervention in Psychiatry*, *8*(1), 98-102.
- Eack, S. M., Hogarty, G. E., Greenwald, D. P., Hogarty, S. S., & Keshavan, M., S. (2011). Effects of Cognitive Enhancement Therapy on Employment Outcomes in Early Schizophrenia: Results From a Two-Year Randomized Trial. *Research in Social Work Practice*, *21*(1), 32-42.
- Egeland, J. A., Blumenthal, R. L., Nee, J., Sharpe, L., & Endicott, J. (1987). Reliability and relationship of various ages of onset criteria for major affective disorder. *Journal of affective disorders*, *12*(2), 159-165.
- Eisner, L. R., & Johnson, S. L. (2008). An acceptance-based psychoeducation intervention to reduce expressed emotion in relatives of bipolar patients. *Behavior therapy*, *39*(4), 375-385.
- Eker, F., & Harkin, S. (2012). Effectiveness of six-week psychoeducation program on adherence of patients with bipolar affective disorder. *Journal of Affective Disorders*, *138*(3), 409-416.
- Embrett, M. G., Randall, G. E., Longo, C. J., Nguyen, T., & Mulvale, G. (2016). Effectiveness of Health System Services and Programs for Youth to Adult Transitions in Mental Health Care: A Systematic Review of Academic Literature. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research*, *43*(2), 259-269.
- Endicott, J., & Spitzer, R. L. (1978). A diagnostic interview: the schedule for affective disorders and schizophrenia. *Archives of General Psychiatry*, *35*(7), 873-943.
- England, E., Lester, H., & Birchwood, M. (2009). Collaborating to Provide Early-Intervention Services to Persons in England With First-Episode Psychosis. *Psychiatric Services*, *60*(11), 1484-1488.
- Esposito-Smythers, C., Goldstein, T., Birmaher, B., Goldstein, B., Hunt, J., Ryan, N., . . . Keller, M. (2010). Clinical and psychosocial correlates of non-suicidal self-injury within a sample of children and adolescents with bipolar disorder. *Journal of affective disorders*, *125*(1-3), 89-97.
- Fagiolini, A., Frank, E., Axelson, D. A., Birmaher, B., Cheng, Y., Curet, D. E., . . . Kupfer, D. J. (2009). Enhancing outcomes in patients with bipolar disorder: results from the Bipolar Disorder Center for Pennsylvanians Study. *Bipolar Disorders*, *11*(4), 382-390.
- Farren, C. K., & Mc Elroy, S. (2008). Treatment response of bipolar and unipolar alcoholics to an inpatient dual diagnosis program. *Journal of Affective Disorders*, *106*(3), 265-272.
- Farren, C. K., Snee, L., & McElroy, S. (2011). Gender differences in outcome at 2-year follow-up of treated bipolar and depressed alcoholics. *Journal of studies on alcohol and drugs*, *72*(5), 872-880.
- Faurholt-Jepsen, M., Vinberg, M., Frost, M., Christensen, E. M., Bardram, J., & Kessing, L. V. (2014). Daily electronic monitoring of subjective and objective measures of illness activity in bipolar disorder using smartphones--the MONARCA II trial protocol: a randomized controlled single-blind parallel-group trial. *BMC psychiatry*, *14*, 309.
- Faurholt-Jepsen, M., Vinberg, M., Frost, M., Christensen, E. M., Bardram, J. E., & Kessing, L. V. (2015). Smartphone data as an electronic biomarker of illness activity in bipolar disorder. *Bipolar Disorders*, *17*(7), 715-728.

- Faust, D. S., Walker, D., & Sands, M. (2006). Diagnosis and management of childhood bipolar disorder in the primary care setting. *Clinical pediatrics*, 45(9), 801-808.
- Faustman, W. O., & Overall, J. E. (1999). *Brief Psychiatric Rating Scale. In: The Use of Psychological Testing for Treatment Planning and Outcome Assessment*. Hillsdale, NJ: Maruish M. ed.
- Ferensztajn, E., & Rybakowski, J. (2012). Staging of bipolar affective illness. *Etapy przebiegu choroby afektywnej dwubiegunowej*, 46(4), 613-626.
- Findling, R. L. (2009). Treatment options for children and adolescents with bipolar disorder. *Journal of Clinical Psychiatry*, 70(9), e34.
- Findling, R. L., Youngstrom, E. A., Fristad, M. A., Birmaher, B., Kowatch, R. A., Arnold, L. E., . . . Horwitz, S. M. (2010). Characteristics of children with elevated symptoms of mania: The Longitudinal Assessment of Manic Symptoms (LAMS) study. *Journal of Clinical Psychiatry*, 71(12), 1664-1672.
- Fiorillo, A., Del Vecchio, V., Luciano, M., Sampogna, G., De Rosa, C., Malangone, C., . . . Maj, M. (2015). Efficacy of psychoeducational familyintervention for bipolar I disorder: A controlled, multicentric, real-world study. *Journal of Affective Disorders*, 172, 291-299.
- Flexhaug, M., Noyes, S., & Phillips, R. (2012). *Integrated models of primary care and mental health and substance use care in the community: Literature review and guiding document*. Victoria, BC: BC Ministry of Health.
- Fowler, D., Hodgekins, J., Howells, L., Millward, M., Ivins, A., Taylor, G., . . . Macmillan, I. (2009). Can targeted early intervention improve functional recovery in psychosis? A historical control evaluation of the effectiveness of different models of early intervention service provision in Norfolk 1998–2007. *Early Intervention in Psychiatry*, 3(4), 282-288.
- Fowler, D., Hodgekins, J., Painter, M., Reilly, T., Crane, C., Macmillan, I., . . . Jones, P. B. (2009). Cognitive behaviour therapy for improving social recovery in psychosis: a report from the ISREP MRC Trial Platform study (Improving Social Recovery in Early Psychosis). *Psychological Medicine*, 39(10), 1627-1636.
- Frank, E., Ritchey, F. C., & Levenson, J. C. (2014). Is Interpersonal Psychotherapy Infinitely Adaptable? A Compendium of the Multiple Modifications of IPT. *American journal of psychotherapy*, 68(4), 385-416.
- Frank, E., Soreca, I., Swartz, H. A., Fagiolini, A. M., Mallinger, A. G., Thase, M. E., . . . Kupfer, D. J. (2008). The role of interpersonal and social rhythm therapy in improving occupational functioning in patients with bipolar I disorder. *American Journal of Psychiatry*, 165(12), 1559-1565.
- Franx, G., Kroon, H., Grimshaw, J., Drake, R., Grol, R., & Wensing, M. (2008). Organizational Change to Transfer Knowledge and Improve Quality and Outcomes of Care for Patients with Severe Mental Illness: A Systematic Overview of Reviews. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 53(5), 294-305.
- Fraser, E., & Pakenham, K. I. (2008). Evaluation of a resilience-based intervention for children of parents with mental illness. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 42(12), 1041-1050.
- Frias, A., Palma, C., & Farriols, N. (2015). Psychosocial interventions in the treatment of youth diagnosed or at high-risk for pediatric bipolar disorder: A review of the literature. *Revista de psiquiatria y salud mental*, 8(3), 146-156.
- Fristad, M. A. (2006). Psychoeducational treatment for school-aged children with bipolar disorder. *Development and psychopathology*, 18(4), 1289-1306.
- Fristad, M. A., Gavazzi, S. M., & Mackinaw-Koons, B. (2003). Family psychoeducation: an adjunctive intervention for children with bipolar disorder. *Biological Psychiatry*, 53(11), 1000-1008.
- Fristad, M. A., Goldberg-Arnold, J. S., & Gavazzi, S. M. (2002). Multifamily psychoeducation groups (MFPG) for families of children with bipolar disorder. *Bipolar Disorders*, 4, 254-262.
- Fristad, M. A., & MacPherson, H. A. (2014). Evidence-based psychosocial treatments for child and adolescent bipolar spectrum disorders. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 43(3), 339-355.
- Fristad, M. A., Verducci, J. S., Walters, K., & Young, M. E. (2009). Impact of Multifamily Psychoeducational Psychotherapy in Treating Children Aged 8 to 12 Years With Mood Disorders. *Archives of General Psychiatry*, 66(9), 1013-1021.

- Fristad, M. A., Young, A. S., Vesco, A. T., Nader, E. S., Healy, K. Z., Gardner, W., . . . Arnold, L. E. (2015). A Randomized Controlled Trial of Individual Family Psychoeducational Psychotherapy and Omega-3 Fatty Acids in Youth with Subsyndromal Bipolar Disorder. *Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology*, 25(10), 764-774.
- Garety, P. A., Craig, T. K., Dunn, G., Fornells-Ambrojo, M., Colbert, S., & Rahaman, N. (2006). Specialised care for early psychosis: symptoms, social functioning and patient satisfaction Randomised controlled trial. *British Journal of Psychiatry*, 188.
- Garrett, A. (2011). Brain activation predicts clinical change following family focused therapy in youth at high-risk for bipolar disorder. *Neuropsychopharmacology*, 36, S69.
- Gliddon, E., Lauder, S., Berk, L., Cosgrove, V., Grimm, D., Dodd, S., . . . Berk, M. (2015). Evaluating discussion board engagement in the MoodSwings online self-help program for bipolar disorder: protocol for an observational prospective cohort study. *BMC psychiatry*, 15, 243.
- Goin, M. K. (2002). Practical psychotherapy: providing psychotherapy for patients with bipolar illness: a clinical imperative. *Psychiatric Services*, 53(8), 931-932.
- Goldberg, J. F., & Ernst, C. L. (2002). Features associated with the delayed initiation of mood stabilizers at illness onset in bipolar disorder. *Journal of Clinical Psychiatry*, 63(11), 985-991.
- Goldberg, K., Norman, R., & Hoch, J. S. (2006). Impact of a specialized early intervention service for psychotic disorders on patient characteristics, service use, and hospital costs in a defined catchment area. . *Canadian Journal of Psychiatry*, 51, 895-903.
- Goldstein, B. I., Goldstein, T. R., Collinger, K. A., Axelson, D. A., Bukstein, O. G., Birmaher, B., & Miklowitz, D. J. (2014). Treatment development and feasibility study of family-focused treatment for adolescents with bipolar disorder and comorbid substance use disorders. *Journal of Psychiatric Practice*, 20(3), 237-248.
- Goldstein, T. R., Axelson, D. A., Birmaher, B., & Brent, B. A. (2007). Dialectical behavior therapy for adolescents with bipolar disorder: a 1-year open trial. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 46(7), 820-830.
- Goldstein, T. R., Birmaher, B., Axelson, D., Goldstein, B. I., Gill, M. K., Esposito-Smythers, C., . . . Keller, M. B. (2009). Psychosocial functioning among bipolar youth. *Journal of affective disorders*, 114(1-3), 174-183.
- Goldstein, T. R., Fersch-Podrat, R., Axelson, D. A., Gilbert, A., Hlastala, S. A., Birmaher, B., & Frank, E. (2014). Early intervention for adolescents at high risk for the development of bipolar disorder: pilot study of Interpersonal and Social Rhythm Therapy (IPSRT). *Psychotherapy*, 51(1), 180-189.
- Goldstein, T. R., Fersch-Podrat, R. K., Rivera, M., Axelson, D. A., Merranko, J., Yu, H., . . . Birmaher, B. (2015). Dialectical behavior therapy for adolescents with bipolar disorder: results from a pilot randomized trial. *Journal of child and adolescent psychopharmacology*, 25(2), 140-149.
- Gomes, B. C., Abreu, L. N., Brietzke, E., Caetano, S. C., Kleinman, A., Nery, F. G., & Lafer, B. (2011). A randomized controlled trial of cognitive behavioral group therapy for bipolar disorder. *Psychotherapy and psychosomatics*, 80(3), 144-150.
- Gondek, D., Edbrooke-Childs, J., Velikonja, T., Chapman, L., Saunders, F., Hayes, D., & Wolpert, M. (2016). Facilitators and Barriers to Person-centred Care in Child and Young People Mental Health Services: A Systematic Review. *Clinical Psychology and Psychotherapy*.
- Goodwin, G. M., Haddad, P. M., Ferrier, I. N., Aronson, J. K., Barnes, T. R. H., Cipriani, A., . . . Young, A. H. (2016). Evidence-based guidelines for treating bipolar disorder: Revised third edition recommendations from the British Association for Psychopharmacology. *Journal of Psychopharmacology*, 30(6), 495-553.
- Gottlieb, J. F., & Terman, M. (2012). Outpatient triple chronotherapy for bipolar depression: case report. *Journal of Psychiatric Practice*, 18(5), 373-380.
- Graff, F. S., Griffin, M. L., & Weiss, R. D. (2008). Predictors of dropout from group therapy among patients with bipolar and substance use disorders. *Drug & Alcohol Dependence*, 94(1-3), 272-275.
- Grande, I., Berk, M., Birmaher, B., & Vieta, E. (2016). Bipolar disorder. *The Lancet*, 387(10027), 1561-1572.

- Grawe, R., Falloon, I., Widen, J., & Skogvoll, E. (2006). Two years of continued early treatment for recent-onset schizophrenia: a randomised controlled study. *Acta Psychiatrica Scandinavia*, 114.
- Gray, S. M., & Otto, M. W. (2001). Psychosocial approaches to suicide prevention: applications to patients with bipolar disorder. *Journal of Clinical Psychiatry*, 62 Suppl 25, 56-64.
- Green, C. A., Wisdom, J. P., Wolfe, L., & Firemark, A. (2012). Engaging youths with serious mental illnesses in treatment: STARS study consumer recommendations. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 35(5), 360-368.
- Greene, J. A. (2005). Review of Cognitive-Behavioral Therapy. *Psychiatric Services*, 56(9), 1161-1162.
- Gulliver, A., Griffiths, K. M., & Christensen, H. (2010). Perceived barriers and facilitators to mental health help-seeking in young people: A systematic review. *BMC psychiatry*, 10(1), 113.
- Gut-Fayand, A. (2008). Devenir fonctionnel et therapeutiques psycho-sociales dans le trouble bipolaire. *L'Encephale*, 34 Suppl 4, S154-157.
- Guy, W. (1976). *Clinical Global Impression*. In. *ECDEU Assessment Manual for Psychopharmacology revised*. Rockville, MD: National Institute of Mental Health.
- Hamilton, J., Begley, C., & Culler, R. (2014). Evaluation of partner collaboration to improve community-based mental health services for low-income minority children and their families. *Evaluation and Program Planning*, 45, 50-60.
- Harding, E., Wait, S., & Scrutton, J. (2015). *The state of play in person-centred care: A pragmatic review of how person-centred care is defined, applied and measured*. London: The Health Policy Partnership.
- Harvey, A. G. (2005). Review of Psychological Treatment of Bipolar Disorder. *Psychological Medicine*, 35(3), 456-458.
- Henry, L., Amminger, G., Harris, M., Yuen, H., Harrigan, S., Prosser, A., . . . McGorry, P. (2010). The EPPIC follow-up study of first-episode psychosis study: effects on 10-year outcome. *Journal of Clinical Psychiatry*, 71, 716-728.
- Heyeres, M., McCalman, J., Tsey, K., & Kinchin, I. (2016). The Complexity of Health Service Integration: A Review of Reviews. *Frontiers in Public Health*, 4, 223.
- Hinshaw, S. P. (2010). Growing up in a family with bipolar disorder: Personal experience, developmental lessons, and overcoming stigma. *Understanding bipolar disorder: A developmental psychopathology perspective.*, 525-556.
- Hippman, C., Ringrose, A., Inglis, A., Cheek, J., Albert, A. Y. K., Remick, R., . . . Austin, J. C. (2016). A pilot randomized clinical trial evaluating the impact of genetic counseling for serious mental illnesses. *Journal of Clinical Psychiatry*, 77(2), e190-198.
- Hirschfeld, R. M. A., Lewis, L., & Vornik, L. A. (2003). Perceptions and impact of bipolar disorder: how far have we really come? Results of the national depressive and manic-depressive association 2000 survey of individuals with bipolar disorder *Journal of Clinical Psychiatry*, 64(2), 161-174.
- Hlastala, S. A., & Frank, E. (2006). Adapting interpersonal and social rhythm therapy to the developmental needs of adolescents with bipolar disorder. *Development and psychopathology*, 18(4), 1267-1288.
- Hlastala, S. A., Kotler, J. S., McClellan, J. M., & McCauley, E. A. (2010). Interpersonal and social rhythm therapy for adolescents with bipolar disorder: treatment development and results from an open trial. *Depression and Anxiety*, 27(5), 457-464.
- Hoberg, A. A., Ponto, J., Nelson, P. J., & Frye, M. A. (2013). Group interpersonal and social rhythm therapy for bipolar depression. *Perspectives in psychiatric care*, 49(4), 226-234.
- Holmesland, A.-L., Seikkula, J., & Hopfenbeck, M. (2014). Inter-agency work in Open Dialogue: the significance of listening and authenticity. *Journal of Interprofessional Care*, 28(5), 433-439.
- Hower, H., Case, B. G., Hoepfner, B., Yen, S., Goldstein, T., Goldstein, B., . . . Keller, M. B. (2013). Use of mental health services in transition age youth with bipolar disorder. *Journal of Psychiatric Practice*, 19(6), 464-476.
- Hsiang, H., Karen, M. T., Joseph, M. C., Nahida, A., Amritha, B., & Rachel, K. (2017). Collaborative Care for Women With Depression: A Systematic Review. *Psychosomatics*, 58(1), 11-18.

- Huline-Dickens, S. (2010). Review of Treatment of bipolar disorder in children and adolescent. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 15(4), 633-634.
- Idenfors, H., Kullgren, G., & Renberg, E. S. (2015). Professional Care as an Option Prior to Self-Harm A Qualitative Study Exploring Young People's Experiences. *Crisis*, 36(3), 179-186.
- Inder, M. L., Crowe, M. T., Luty, S. E., Carter, J. D., Moor, S., Frampton, C. M., & Joyce, P. R. (2015). Randomized, controlled trial of Interpersonal and Social Rhythm Therapy for young people with bipolar disorder. *Bipolar disorders*, 17(2), 128-138.
- Inder, M. L., Crowe, M. T., Moor, S., Joyce, P. R., & Carter, J. (2014). Addressing suicide and self-harm in young people with bipolar disorder. *Bipolar Disorders*, 16, 126.
- Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS). (2015). *Cadre d'élaboration des guides de pratique dans le secteur des services sociaux*: Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS).
- James, A. C. D., & Javaloyes, A. M. (2001). The treatment of bipolar disorder in children and adolescents. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 42(4), 439-449.
- Javadpour, A., Hedayati, A., Dehbozorgi, G.-R., & Azizi, A. (2013). The impact of a simple individual psycho-education program on quality of life, rate of relapse and medication adherence in bipolar disorder patients. *Asian journal of psychiatry*, 6(3), 208-213.
- Joa, I., Johannessen, J., Auestad, B., Friis, S., McGlashan, T., & I., M. (2008). The key to reducing duration of untreated psychosis: information campaigns. *Schizophrenia Bulletin*, 34, 466-472.
- Johannessen, J. O., McGlashan, T. H., Larsen, T. K., Horneland, M., Joa, I., Mardal, S., . . . Vaglum, P. (2001). Early detection strategies for untreated first-episode psychosis. *Schizophrenia Research*, 51(1), 39-46.
- Johnston, J., Russo, J., Spencer, L., Wang, F., Lippard, E., Swartz, H., . . . Blumberg, H. (2014). Preliminary investigation of an emotion regulation circuitry-targeted psychological intervention for mood disorders in adolescents and young adults. *Neuropsychopharmacology*, 39, S560-S561.
- Jones, S., Calam, R., Sanders, M., Diggle, P. J., Dempsey, R., & Sadhnani, V. (2014). A pilot Web based positive parenting intervention to help bipolar parents to improve perceived parenting skills and child outcomes. *Behavioural and cognitive psychotherapy*, 42(3), 283-296.
- Jones, S., Mulligan, L. D., Law, H., Dunn, G., Welford, M., Smith, G., & Morrison, A. P. (2012). A randomised controlled trial of recovery focused CBT for individuals with early bipolar disorder. *BMC psychiatry*, 12, 204.
- Jones, S. H., Smith, G., Mulligan, L. D., Lobban, F., Law, H., Dunn, G., . . . Morrison, A. P. (2015). Recovery-focused cognitive-behavioural therapy for recent-onset bipolar disorder: randomised controlled pilot trial. *British Journal of Psychiatry*, 206(1), 58-66.
- Jordan, G., Lutgens, D., Joober, R., Lepage, M., Iyer, S. N., & Malla, A. (2014). The relative contribution of cognition and symptomatic remission to functional outcome following treatment of a first episode of psychosis. *Journal of Clinical Psychiatry*, 75. doi:10.4088/JCP.13m08606
- Keenan-Miller, D., & Miklowitz, D. J. (2011). Interpersonal functioning in pediatric bipolar disorder. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 18(4), 342-356.
- Keitner, G. I., Ryan, C. E., & Solomon, D. A. (2009). Family focused therapy shortens recovery time from depression but not mania in adolescents with bipolar disorder. *Evidence-based mental health*, 12(2), 48.
- Kelly, J., Wellman, N., & Sin, J. (2009). HEART – the Hounslow Early Active Recovery Team: implementing an inclusive strength-based model of care for people with early psychosis. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 16(6), 569-577.
- Kessing, L. V., Hansen, H. V., Christensen, E. M., Dam, H., Gluud, C., Wetterslev, J., & Early Intervention Affective Disorders Trial Group. (2014). Do young adults with bipolar disorder benefit from early intervention? *Journal of Affective Disorders*, 152-154, 403-408.
- Kessing, L. V., Hansen, H. V., Hvenegaard, A., Christensen, E. M., Dam, H., Gluud, C., . . . Early Intervention Affective Disorders Trial Group. (2013). Treatment in a specialised out-patient mood disorder clinic v.

- standard out-patient treatment in the early course of bipolar disorder: randomised clinical trial. *British Journal of Psychiatry*, 202(3), 212-219.
- Killackey, E., Jackson, H. J., & McGorry, P. D. (2008). Vocational intervention in first-episode psychosis: individual placement and support v. treatment as usual. *British Journal of Psychiatry*, 193(2), 114-120.
- Killackey, E., & Yung, A. R. (2007). Effectiveness of early intervention in psychosis. *Current opinion in psychiatry*, 20(2), 121-125.
- Killackey, E. J., Allott, K. A., Cotton, S. M., Chinnery, G. L., Sun, P., Collins, Z., . . . Jackson, H. J. (2012). Vocational recovery in first-episode psychosis: first results from a large randomized controlled trial of IPS. *Early Intervention in Psychiatry*, 6(13).
- Kim, H., Munson, M. R., & McKay, M. M. (2012). Engagement in Mental Health Treatment Among Adolescents and Young Adults: A Systematic Review. *Child and Adolescent Social Work Journal*, 29(3), 241-266.
- Kinchin, I., Tsey, K., Heyeres, M., & Cadet-James, Y. (2016). Systematic review of youth mental health service integration research. *Australian Journal of Primary Health*, 22(4), 304-315.
- Knutsson, J., Backstrom, B., Daukantaite, D., & Lecerof, F. (2016). Adolescent and Family-focused Cognitive-behavioural Therapy for Paediatric Bipolar Disorders: A Case Series. *Clinical Psychology and Psychotherapy*.
- Kopeiko, G. I. (2011). Bipolar and monopolar affective disorders of juvenile age. *Vestnik Rossiiskoi Akademii Meditsinskikh Nauk*(4), 26-30.
- Krstev, H., Carbone, S., Harrigan, S. M., McGorry, P. D., Curry, C., & Elkins, K. (2004). Early intervention in first episode psychosis: The impact of a community development campaign. *Journal of Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 39, 711-719.
- Kurdal, E., Tanriverdi, D., & Savas, H. A. (2014). The effect of psychoeducation on the functioning level of patients with bipolar disorder. *Western journal of nursing research*, 36(3), 312-328.
- Lahera, G., Bayon, C., Fe Bravo-Ortiz, M., Rodriguez-Vega, B., Barbeito, S., Saenz, M., . . . de Dios, C. (2014). Mindfulness-based cognitive therapy versus psychoeducational intervention in bipolar outpatients with sub-threshold depressive symptoms: a randomized controlled trial. *BMC psychiatry*, 14, 215.
- Lam, D., Wright, K., & Sham, P. (2005). Sense of hyper-positive self and response to cognitive therapy in bipolar disorder. *Psychological Medicine*, 35(1), 69-77.
- Lam, D. H., McCrone, P., Wright, K., & Kerr, N. (2005). Cost-effectiveness of relapse-prevention cognitive therapy for bipolar disorder: 30-month study. *The British journal of psychiatry : the journal of mental science*, 186, 500-506.
- Lauder, S., Chester, A., Castle, D., Dodd, S., Gliddon, E., Berk, L., . . . Berk, M. (2015). A randomized head to head trial of MoodSwings.net.au: an Internet based self-help program for bipolar disorder. *Journal of Affective Disorders*, 171, 13-21.
- Lee, J. Y., & Harvey, A. G. (2015). Memory for therapy in bipolar disorder and comorbid insomnia. *Journal of consulting and clinical psychology*, 83(1), 92-102.
- Leigh, E., Smith, P., Milavic, G., & Stringaris, A. (2012). Mood regulation in youth: research findings and clinical approaches to irritability and short-lived episodes of mania-like symptoms. *Current opinion in psychiatry*, 25(4), 271-276.
- Linehan, M. M. (1993). *Cognitive-Behavioral Treatment of Borderline Personality Disorder*. New York: Guilford Press.
- Lish, J. D., Dime-Meenan, S., Whybrow, P. C., Price, R. A., & Hirschfeld, R. M. (1994). The National Depressive and Manic-depressive Association (DMDA) survey of bipolar members. *Journal of affective disorders*, 31(4), 281-294.
- Lloyd-Evans, B., Crosby, M., Stockton, S., Pilling, S., Hobbs, L., Hinton, M., & Johnson, S. (2011). Initiatives to shorten duration of untreated psychosis: systematic review. *British Journal of Psychiatry*, 198(4), 256-263.

- Lofthouse, N., & Fristad, M. A. (2004). Psychosocial interventions for children with early-onset bipolar spectrum disorder. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 7(2), 71-88.
- Lucksted, A., McFarlane, W., Downing, D., & Dixon, L. (2012). Recent developments in family psychoeducation as an evidence-based practice. *Journal of Marital and Family Therapy*, 38(1), 101-121.
- Lutgens, D., Iyer, S. N., Joober, R., Brown, T. G., Norman, R., Latimer, E., . . . Malla, A. (2015). A five-year randomized parallel and blinded clinical trial of an extended specialized early intervention vs. regular care in the early phase of psychotic disorders: study protocol. *BMC Psychiatry*, 15(1), 22.
- Macneil, C. A., Hasty, M., Cotton, S., Berk, M., Hallam, K., Kader, L., . . . Conus, P. (2012). Can a targeted psychological intervention be effective for young people following a first manic episode? Results from an 18-month pilot study. *Early Intervention in Psychiatry*, 6(4), 380-388.
- Macneil, C. A., Hasty, M. K., Berk, M., Henry, L., Evans, M., Redlich, C., . . . Conus, P. (2011). Psychological needs of adolescents in the early phase of bipolar disorder: implications for early intervention. *Early Intervention in Psychiatry*, 5(2), 100-107.
- MacPherson, H. A., Mackinaw-Koons, B., Leffler, J. M., & Fristad, M. A. (2016). Pilot Effectiveness Evaluation of Community-Based Multi-Family Psychoeducational Psychotherapy for Childhood Mood Disorders. *Couple and Family Psychology*, 5(1), 43-59.
- Maczka, G., Grabski, B., Gierowski, J. K., & Dudek, D. (2010). Group psychoeducation in the complex treatment of bipolar disorder--Cracow experiences. *Psychiatria Polska*, 44(1), 89-100.
- Major, B. S., Hinton, M. F., Flint, A., Chalmers-Brown, A., McLoughlin, K., & Johnson, S. (2010). Evidence of the effectiveness of a specialist vocational intervention following first episode psychosis: a naturalistic prospective cohort study. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 45(1), 1-8.
- Malhi, G. S., Bassett, D., Boyce, P., Bryant, R., Fitzgerald, P. B., Fritz, K., . . . Singh, A. B. (2015). Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists clinical practice guidelines for mood disorders. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 49(12), 1087-1206.
- Malla, A., Norman, R., Scholten, D., Manchanda, R., & McLean, T. S. (2005). A community intervention for early identification of First Episode Psychosis. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 40(5), 337-344.
- Malla, A. K., Norman, R. M. G., & Joober, R. (2005). First-Episode Psychosis, Early Intervention, and Outcome: What Have We Learned? *The Canadian Journal of Psychiatry*, 50(14), 881-891.
- Markowitz, J. C., Patel, S. R., Balan, I. C., Bell, M. A., Blanco, C., Yellow Horse Brave Heart, M., . . . Lewis-Fernandez, R. (2009). Toward an adaptation of interpersonal psychotherapy for Hispanic patients with DSM-IV major depressive disorder. *Journal of Clinical Psychiatry*, 70.
- 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.
- Marshall, M., & Rathbone, J. (2011). Early Intervention for Psychosis. *Schizophrenia Bulletin*, 37(6), 1111-1114.
- McClellan, J. M., & Wery, J. (1997). AACAP official action. Practice parameters for the assessment and treatment of children and adolescents with bipolar disorder. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 36(1), 138-157.
- McGorry, P. D. (2007a). The specialist youth mental health model: strengthening the weakest link in the public mental health system. *Medical Journal of Australia*, 187(7), s53-s56.
- McGorry, P. D. (2007b). The specialist youth mental health model: strengthening the weakest link in the public mental health system. *Medical Journal of Australia*, 187(7), s53-s56.
- McGorry, P. D., Edwards, J., Mihalopoulos, C., Harrigan, S. M., & Jackson, H. J. (1996). EPPIC: an evolving system of early detection and optimal management. *Schizophrenia Bulletin*, 22.
- McGorry, P. D., Hickie, I. B., Yung, A. R., Pantelis, C., & Jackson, H. J. (2007). Clinical staging of psychiatric disorders: a heuristic framework for choosing earlier, safer and more effective interventions. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 40(8), 616-622.

- McGorry, P. D., Killackey, E., & Yung, A. (2008). Early intervention in psychosis: concepts, evidence and future directions. *World Psychiatry, 7*.
- McLean, S. (2012). Barriers to collaboration on behalf of children with challenging behaviours: a large qualitative study of five constituent groups. *Child and Family Social Work, 17*(4), 478-486.
- McMurrich, S., Sylvia, L. G., Dupuy, J. M., Peckham, A. D., Peters, A. T., & Deckersbach, T. (2012). Course, outcomes, and psychosocial interventions for first-episode mania. *Bipolar disorders, 14*(8), 797-808.
- McNamara, R. K., Nandagopal, J. J., Strakowski, S. M., & DelBello, M. P. (2010). Preventative strategies for early-onset bipolar disorder: towards a clinical staging model. *Central Nervous System Drugs, 24*(12), 983-996.
- Melle, I., Larsen, T. K., Haahr, U., & et al. (2004). Reducing the duration of untreated first-episode psychosis: Effects on clinical presentation. *Archives of General Psychiatry, 61*(2), 143-150.
- Merikangas, K., Cui, L., Kattan, G. G., Carlson, G. A., Youngstrom, E. A., & Angst, J. (2012). Mania with and without depression in a community sample of us adolescents. *Archives of General Psychiatry, 69*(9), 943-951.
- Merikangas, K. R., Akiskal, H. S., Angst, J., Greenberg, P. E., Hirschfeld, R. M. A., Petukhova, M., & Kessler, R. C. (2007). Lifetime and 12-month prevalence of bipolar spectrum disorder in the national comorbidity survey replication. *Archives of General Psychiatry, 64*(5), 543-552.
- Meyer, T. D., & Hautzinger, M. (2012). Cognitive behaviour therapy and supportive therapy for bipolar disorders: relapse rates for treatment period and 2-year follow-up. *Psychological Medicine, 42*(7), 1429-1439.
- Mihalopoulos, C., Harris, M., Henry, L., Harrigan, S., & McGorry, P. (2009). Is Early Intervention in Psychosis Cost-Effective Over the Long Term? *Schizophrenia Bulletin, 35*(5), 909-918.
- Miklowitz, D. J. (2007). The Role of the Family in the Course and Treatment of Bipolar Disorder. *Current directions in psychological science, 16*(4), 192-196.
- Miklowitz, D. J. (2012). Family treatment for bipolar disorder and substance abuse in late adolescence. *Journal of clinical psychology, 68*(5), 502-513.
- Miklowitz, D. J., Axelson, D. A., Birmaher, B., George, E. L., Taylor, D. O., Schneck, C. D., . . . Brent, D. A. (2008). Family-focused treatment for adolescents with bipolar disorder: results of a 2-year randomized trial. *Archives of General Psychiatry, 65*(9), 1053-1061.
- Miklowitz, D. J., Axelson, D. A., George, E. L., Taylor, D. O., Schneck, C. D., Sullivan, A. E., . . . Birmaher, B. (2009). Expressed emotion moderates the effects of family-focused treatment for bipolar adolescents. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 48*(6), 643-651.
- Miklowitz, D. J., Chang, K. D., Taylor, D. O., George, E. L., Singh, M. K., Schneck, C. D., . . . Garber, J. (2011). Early psychosocial intervention for youth at risk for bipolar I or II disorder: a one-year treatment development trial. *Bipolar Disorders, 13*(1), 67-75.
- Miklowitz, D. J., Georgea, E. L., Axelson, D. A., Kima, E. Y., Birmaherb, B., Schneck, C., . . . Brentb, D. A. (2004). Family-focused treatment for adolescents with bipolar disorder. *Journal of affective disorders, 82S*, S113-S128.
- Miklowitz, D. J., Georgea, E. L., Axelsonb, D. A., Kima, E. Y., Birmaherb, B., Christopher Schneckc, C. B., & W. Edward Craigheada, D. A. B. (2004). Family-focused treatment for adolescents with bipolar disorder. *Journal of Affective Disorders, 82S*, S113-S128.
- Miklowitz, D. J., & Goldstein, T. R. (2010). *Family-based approaches to treating bipolar disorder in adolescence: Family-focused therapy and dialectical behavior therapy* (D. J. C. D. Miklowitz Ed.). New York, NY, US: Guilford Press, US.
- Miklowitz, D. J., & Johnson, S. L. (2007). *Bipolar Disorder* (M. T. S. M. B. D. C. Hersen Ed.). Hoboken, NJ, US: John Wiley & Sons Inc, US.
- Miklowitz, D. J., & Johnson, S. L. (2009). Social and Familial Factors in the Course of Bipolar Disorder: Basic Processes and Relevant Interventions. *Clinical psychology : a publication of the Division of Clinical Psychology of the American Psychological Association, 16*(2), 281-296.

- Miklowitz, D. J., O'Brien, M. P., Schlosser, D. A., Addington, J., Candan, K. A., Marshall, C., . . . Cannon, T. D. (2014). Family-focused treatment for adolescents and young adults at high risk for psychosis: Results of a randomized trial. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 53*(8), 848-858.
- Miklowitz, D. J., Price, J., Holmes, E. A., Rendell, J., Bell, S., Budge, K., . . . Geddes, J. R. (2012). Facilitated Integrated Mood Management for adults with bipolar disorder. *Bipolar Disorders, 14*(2), 185-197.
- Miklowitz, D. J., Schneck, C. D., & George, E. L. (2014). Family-focused care in bipolar youth found no better than brief therapy. *Brown University Psychopharmacology Update, 25*(7), 1-6.
- Miklowitz, D. J., Schneck, C. D., George, E. L., Taylor, D. O., Sugar, C. A., Birmaher, B., . . . Axelson, D. A. (2014a). Brief psychoeducation as effective as family-focused treatment in combination with pharmacotherapy. *Brown University Child & Adolescent Psychopharmacology Update, 16*(5), 1-3.
- Miklowitz, D. J., Schneck, C. D., George, E. L., Taylor, D. O., Sugar, C. A., Birmaher, B., . . . Axelson, D. A. (2014b). Pharmacotherapy and family-focused treatment for adolescents with bipolar I and II disorders: a 2-year randomized trial. *The American journal of psychiatry, 171*(6), 658-667.
- Miklowitz, D. J., Schneck, C. D., George, E. L., Taylor, D. O., Sugar, C. A., Birmaher, B., . . . Axelson, D. A. (2014c). Pharmacotherapy and family-focused treatment for adolescents with bipolar I and II disorders: a 2-year randomized trial. *American Journal of Psychiatry, 171*(6), 658-667.
- Miklowitz, D. J., Schneck, C. D., Singh, M. K., Taylor, D. O., George, E. L., Cosgrove, V. E., . . . Chang, K. D. (2013). Early intervention for symptomatic youth at risk for bipolar disorder: a randomized trial of family-focused therapy. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 52*(2), 121-131.
- Miklowitz, D. J., Simoneau, T. L., George, E. L., Richards, J. A., Kalbag, A., Sachs-Ericsson, N., & Suddath, R. (2000). Family-focused treatment of bipolar disorder: 1-year effects of a psychoeducational program in conjunction with pharmacotherapy. *Biological Psychiatry, 48*(6), 582-592.
- Millan, M. J., Goodwin, G. M., Meyer-Lindenberg, A., & Ogren, S. O. (2015). 60 years of advances in neuropsychopharmacology for improving brain health, renewed hope for progress. *European Neuropsychopharmacology, 25*(5), 591-598.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2015). *Plan d'action en santé mentale 2015-2020 : Faire ensemble et autrement* (Gouvernement du Québec Ed.). Québec.
- Moher, D., Liberati, A., Tetzlaff, J., & Altman, D. G. (2009). Preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses: the PRISMA statement. *PLoS Med, 6*(7).
- Morriss, R. (2010). Psychosocial interventions in bipolar disorder: Theory, evidence base, prevention and management of comorbidity. *Journal of Affective Disorders, 122*, S23-S24.
- Morriss, R. K., Lobban, F., Jones, S., Riste, L., Peters, S., Roberts, C., . . . Mayes, D. (2011). Pragmatic randomised controlled trial of group psychoeducation versus group support in the maintenance of bipolar disorder. *BMC psychiatry, 11*, 114.
- Murphy, B. P., & Brewer, W. J. (2011). Early intervention in psychosis: strengths and limitations of services. *Advances in Psychiatric Treatment, 17*(6), 401-407. doi:10.1192/apt.bp.110.008573
- Murray, G., Leitan, N. D., Berk, M., Thomas, N., Michalak, E., Berk, L., . . . Kyrios, M. (2015). Online mindfulness-based intervention for late-stage bipolar disorder: pilot evidence for feasibility and effectiveness. *Journal of Affective Disorders, 178*, 46-51.
- Nadkarni, R. B., & Fristad, M. A. (2012). Stress and support for parents of youth with bipolar disorder. *Israel Journal of Psychiatry and Related Sciences, 49*(2), 104-110.
- National Autism Center (NAC). (2009). *National standards report: The national standards project—Addressing the need for evidence-based practice guidelines for autism spectrum disorders*. Randolph, MA: NAC.
- Nicholas, J., Proudfoot, J., Parker, G., Gillis, I., Burckhardt, R., Manicavasagar, V., & Smith, M. (2010). The ins and outs of an online bipolar education program: a study of program attrition. *Journal of medical Internet research, 12*(5), e57.

- Nivoli, A. M. A., Colom, F., Murru, A., Pacchiarotti, I., Castro-Loli, P., Gonzalez-Pinto, A., . . . Vieta, E. (2011). New treatment guidelines for acute bipolar depression: a systematic review. *Journal of Affective Disorders, 129*(1-3), 14-26.
- Nordentoft, M., Rasmussen, J. Ø., Melau, M., Hjorthøj, C. R., & Thorup, A. A. E. (2014). How successful are first episode programs? A review of the evidence for specialized assertive early intervention. *Current opinion in psychiatry, 27*(3), 167-172.
- Nosé, M., Barbui, C., & Tansella, M. (2003). How often do patients with psychosis fail to adhere to treatment programmes? A systematic review. *Psychological Medicine, 33*(7), 1149-1160.
- Nuechterlein, K. H., Subotnik, K. L., Ventura, J., Turner, L. R., Gitlin, M. J., Gretchen-Doorly, D., . . . Drake, R. (?). Successful return to work or school after a first episode of schizophrenia: the UCLA randomised controlled trial of Individual Place and Support and work place fundamentals module training. *Submitted for publication*.
- O’Herlihy, A., Oliva, L., Evans, Y., & Cooper, M. Parents’ and carers’ views of child and adolescent mental health services. (*Unpubl. data*).
- Omer, S., Priebe, S., & Giacco, D. (2015). Continuity across inpatient and outpatient mental health care or specialisation of teams? A systematic review. *European Psychiatry, 30*(2), 258-270.
- Ontario Ministry of Health and Long-Term Care. (2004). *Program Policy Framework for Early Intervention in Psychosis*. Toronto.
- Ozdin, S., Boke, O., & Kocak, M. B. (2015). Sociodemographic features and treatments of pregnant psychiatric inpatients in an university hospital: A retrospective chart review. *Dusunen Adam, 28*(2), 96-102.
- Ozerdem, A., Oguz, M., Miklowitz, D., & Cimilli, C. (2009). Family focused treatment for patients with bipolar disorder in Turkey: a case series. *Family Process, 48*(3), 417-428.
- Parikh, S. V., Zaretsky, A., Beaulieu, S., Yatham, L. N., Young, L. T., Patelis-Siotis, I., . . . Streiner, D. L. (2012). A randomized controlled trial of psychoeducation or cognitive-behavioral therapy in bipolar disorder: a Canadian Network for Mood and Anxiety treatments (CANMAT) study [CME]. *The Journal of clinical psychiatry, 73*(6), 803-810.
- Paul, M., Ford, T., Kramer, T., Islam, T., Harley, K., & Singh, S. P. (2013). Transfers and transitions between child and adult mental health services. *British Journal of Psychiatry, 202*, s34-s40.
- Pavuluri, M. N., Birmaher, B., & Naylor, M. W. (2005). Pediatric bipolar disorder: a review of the past 10 years. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 44*(9), 846-871.
- Pavuluri, M. N., Graczyk, P. A., Henry, D. B., Carbray, J. A., Heidenreich, J., & Miklowitz, D. J. (2004). Child- and family-focused cognitive-behavioral therapy for pediatric bipolar disorder: development and preliminary results. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 43*(5), 528-537.
- Pelto-Piri, V., Engström, K., & Engström, I. (2013). Paternalism, autonomy and reciprocity: ethical perspectives in encounters with patients in psychiatric in-patient care. *BMC Medical Ethics, 14*(1), 49.
- Penn, D. L., Uzenoff, S. R., Perkins, D., Mueser, K. T., Hamer, R., Waldheter, E., . . . Cook, L. (2011). A pilot investigation of the Graduated Recovery Intervention Program (GRIP) for first episode psychosis. *Schizophrenia Research, 125*(2-3), 247-256.
- 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. *American Journal of Psychiatry, 261*(10), 1785-1804.
- Perlis, R. H., Miyahara, S., Marangell, L. B., Wisniewski, S. R., Ostacher, M., DelBello, M. P., . . . Nierenberg, A. A. (2004). Long-Term implications of early onset in bipolar disorder: data from the first 1000 participants in the systematic treatment enhancement program for bipolar disorder (STEP-BD). *Biological Psychiatry, 55*(9), 875-881.
- Perry, A., Tarriner, N., Morriss, R., McCarthy, E., & Limb, K. (1999). Randomised controlled trial of efficacy of teaching patients with bipolar disorder to identify early symptoms of relapse and obtain treatment. *BMJ (Clinical research ed.), 318*(7177), 149-153.

- Peters, A., Sylvia, L. G., Magalhaes, P. V. d. S., Miklowitz, D. J., Frank, E., Otto, M. W., . . . Deckersbach, T. (2014). Age at onset, course of illness and response to psychotherapy in bipolar disorder: results from the Systematic Treatment Enhancement Program for Bipolar Disorder (STEP-BD). *Psychological Medicine*, 44(16), 3455-3467.
- Petrakis, M., Penno, S., Oxley, J., Bloom, H., & Castle, D. (2012). Early psychosis treatment in an integrated model within an adult mental health service. *European Psychiatry*, 27, 483–488.
- Pfefferbaum, B., & Overall, J. E. (1983). Diagnostic structure of the Children's Psychiatric Rating Scale (CPRS). *Journal of Clinical Child Psychology*, 12, 167–173.
- Pfennig, A., Correll, C. U., Leopold, K., Juckel, G., & Bauer, M. (2012). Early recognition and intervention for bipolar disorders: State of research and perspectives. *Fruherkennung und fruhintervention bei bipolaren storungen: Forschungsstand und perspektiven.*, 83(7), 897-902.
- Pfennig, A., Leopold, K., Bechdorf, A., Correll, C. U., Holtmann, M., Lambert, M., . . . Bauer, M. (2014). Early specific cognitive-behavioural psychotherapy in subjects at high risk for bipolar disorders: study protocol for a randomised controlled trial. *Trials*, 15, 161.
- Pluye, P., Robert, E., Cargo, M., Bartlett, G., O' Cathain, A., Griffiths, F., . . . Rousseau, M. C. (2011). Proposal: A mixed methods appraisal tool for systematic mixed studies reviews. Retrieved from <http://mixedmethodsappraisaltoolpublic.pbworks.com/w/page/24607821/FrontPage>
- Pomey, C. (2014). *Les grands axes de la recherche sur les patients au Québec et au Canada : une vision méta. Présenté en conférence aux Entretiens Jacques-Cartier 2014 : La qualité de l'expérience des usagers et des proches : vers la personnalisation des soins et des services sociaux.*
- Poole, R., Simpson, S. A., & Smith, D. J. (2012). Internet-based psychoeducation for bipolar disorder: a qualitative analysis of feasibility, acceptability and impact. *BMC psychiatry*, 12, 139.
- Porteous, N., & Waghorn, G. (2007). Implementing Evidence-Based Employment Services in New Zealand for Young Adults with Psychosis: Progress during the First Five Years. *British Journal of Occupational Therapy*, 70(12), 521-526.
- Porteous, N., & Waghorn, G. (2009). Developing evidence-based supported employment services for young adults receiving public mental health services. *New Zealand Journal of Occupational Therapy*, 56(1), 34-39.
- Proudfoot, J., Parker, G., Manicavasagar, V., Hadzi-Pavlovic, D., Whitton, A., Nicholas, J., . . . Burckhardt, R. (2012). Effects of adjunctive peer support on perceptions of illness control and understanding in an online psychoeducation program for bipolar disorder: a randomised controlled trial. *Journal of Affective Disorders*, 142(1-3), 98-105.
- Proudfoot, J., Whitton, A., Parker, G., Doran, J., Manicavasagar, V., & Delmas, K. (2012). Triggers of mania and depression in young adults with bipolar disorder. *Journal of Affective Disorders*, 143(1-3), 196-202.
- Pycroft, A., Wallis, A., Bigg, J., & Webster, G. (2015). Participation, Engagement and Change: A Study of the Experiences of Service Users of the Unified Adolescent Team. *British Journal of Social Work*, 45(2), 422-439.
- Randall, J. R., Sherri, S., Loewen, H., Martens, P. J., Brownell, M., Katz, A. C., . . . Chateau, D. (2015). A Systematic Review of the Effect of Early Interventions for Psychosis on the Usage of Inpatient Services. *Schizophrenia Bulletin*, 41(6), 1379-1386.
- Randall, J. R., Vokey, S., Loewen, H., Martens, P. J., Brownell, M., Katz, A. C., . . . Chateau, D. (2015). A Systematic Review of the Effect of Early Interventions for Psychosis on the Usage of Inpatient Services. *Schizophrenia Bulletin*, 41(6), 1379-1386.
- Rea, M. M., Tompson, M. C., Miklowitz, D. J., Goldstein, M. J., Hwang, S., & Mintz, J. (2003). Family-focused treatment versus individual treatment for bipolar disorder: results of a randomized clinical trial. *Journal of consulting and clinical psychology*, 71(3), 482-492.
- Reilly-Harrington, N. (2010). Psychosocial treatment for bipolar disorder. *CNS spectrums*, 15(2 Suppl 3), 14-17.

- Reinares, M., Bonnin, C. M., Hidalgo-Mazzei, D., Sanchez-Moreno, J., Colom, F., & Vieta, E. (2016). The role of family interventions in bipolar disorder: A systematic review. *Clinical psychology review, 43*, 47-57.
- Renju, J., & Birchwood, M. (2005). The national policy reforms for mental health services and the story of early intervention services in the United Kingdom. *Journal of Psychiatry and Neuroscience, 30*(5), 362-365.
- Riemann, G., Weisscher, N., Goossens, P. J. J., Draijer, N., Apenhorst-Hol, M., & Kupka, R. W. (2014). The addition of STEPPS in the treatment of patients with bipolar disorder and comorbid borderline personality features: a protocol for a randomized controlled trial. *BMC psychiatry, 14*, 172.
- Rinaldi, M., Mcneil, K., Firn, M., Koletsi, M., Perkins, R., & Singh, S. P. (2004). What are the benefits of evidence-based supported employment for patients with first-episode psychosis? *Psychiatric Bulletin, 28*(8), 281-284.
- Rinaldi, M., Perkins, R., McNeil, K., Hickman, N., & Singh, S. P. (2010). The Individual Placement and Support approach to vocational rehabilitation for young people with first episode psychosis in the UK. *Journal of Mental Health, 19*(6), 483-491.
- Rivard, J. C., & Morrissey, J. P. (2003). Factors Associated with Interagency Coordination in a Child Mental Health Service System Demonstration. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research, 30*(5), 397-415.
- Rohwer, A., & Rehfuss, E. (2013). *Logic model templates for systematic reviews of complex interventions*. . Québec, Canada.
- Rutter, D., Francis, J., Cohen, E., & Fisher, M. (2010). *SCIE systematic research reviews: Guidelines*. Londres, Angleterre: Social Care Institute for Excellence (SCIE), 1-126.
- Ryan, E. P., & Redding, R. E. (2004). A review of mood disorders among juvenile offenders. *Psychiatric Services, 55*(12), 1397-1407.
- Salvadore, G., Drevets, W. C., Henter, I. D., Zarate, C. A., & Manji, H. K. (2008). Early intervention in bipolar disorder, part I: clinical and imaging findings. *Early Intervention in Psychiatry, 2*(3), 122-135.
- Sanbrook, M., Harris, A., Parada, R., & Young, P. (2003). The Effectiveness of an Early Intervention Team in the Treatment of First-episode Psychosis *Australian e-Journal for the Advancement of Mental Health, 2*(1).
- Schaffer, A., Cairney, J., Veldhuizen, S., Kurdyak, P., Cheung, A., & Levitt, A. (2010). A population-based analysis of distinguishers of bipolar disorder from major depressive disorder. *Journal of affective disorders, 125*(1-3), 103-110.
- Schaffer, A., McIntosh, D., Goldstein, B. I., Rector, N. A., McLntyre, R. S., Beaulieu, S., . . . Yatham, L. N. (2012). The Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments (CANMAT) task force recommendations for the management of patients with mood disorders and comorbid anxiety disorders. *Annals of Clinical Psychiatry, 24*(1), 6-22.
- Schneck, C. D., Miklotwitz, D. J., Calabrese, J. R., Allen, M. H., Thomas, M. R., Wisniewski, S. R., . . . Scachs, G. S. (2004). Phenomenology of Rapid-Cycling Bipolar Disorder: Data From the First 500 Participants in the Systematic Treatment Enhancement Program. *American Journal of Psychiatry, 161*(10), 1902-1908.
- Schrank, B., Moran, K., Borghi, C., & Priebe, S. (2015). How to support patients with severe mental illness in their parenting role with children aged over 1 year? A systematic review of interventions. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, 50*(12), 1765-1783.
- Scott, E. M., Hermens, D. F., Naismith, S. L., Guastella, A. J., De Regt, T., White, D., . . . Hickie, I. B. (2013). Distinguishing young people with emerging bipolar disorders from those with unipolar depression. *Journal of Affective Disorders, 144*(3), 208-215.
- Scott, J. (2014). Early intervention. *European Neuropsychopharmacology, 24*, S137-S138.
- Searson, R., Mansell, W., Lowens, I., & Tai, S. (2012). Think Effectively About Mood Swings (TEAMS): A case series of cognitive-behavioural therapy for bipolar disorders. *Journal of Behavior Therapy & Experimental Psychiatry, 43*(2), 770-779.
- Shaffer, D., Gould, M. S., & Brasic, J. (1983). The Children's Global Assessment Scale (C-GAS). *Archives of General Psychiatry, 40*, 1228-1231.

- Sharma, N., & Sargent, J. (2015). Overview of the Evidence Base for Family Interventions in Child Psychiatry. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 24(3), 471-485.
- Shattell, M. M., Quinlan-Colwell, A., Villalba, J., Ivers, N. N., & Mails, M. (2010). A cognitive-behavioral group therapy intervention with depressed Spanish-speaking Mexican women living in an emerging immigrant community in the United States. *Advances in Nursing Sciences*, 33.
- Shen, G. H. C., Alloy, L. B., Abramson, L. Y., & Sylvia, L. G. (2008). Social rhythm regularity and the onset of affective episodes in bipolar spectrum individuals. *Bipolar Disorders*, 10(4), 520-529.
- Sienaert, P., & de Fruyt, J. (2008). Psychoeducation in the treatment of bipolar disorder. *De plaats van psycho-educatie bij de behandeling van bipolaire stoornissen.*, 50(8), 509-518.
- Simmons, M. B., Hetrick, S. E., & Jorm, A. F. (2011). Experiences of treatment decision making for young people diagnosed with depressive disorders: a qualitative study in primary care and specialist mental health settings. *BMC Psychiatry*, 11(1), 194.
- Simmons, M. B., Hetrick, S. E., & Jorm, A. F. (2011). Experiences of treatment decision making for young people diagnosed with depressive disorders: A qualitative study in primary care and specialist mental health settings. *BMC Psychiatry*, 11, 194.
- Simon, G. E., Ludman, E. J., Unutzer, J., Bauer, M. S., Operskalski, B., & Rutter, C. (2005). Randomized trial of a population-based care program for people with bipolar disorder. *Psychological Medicine*, 35(1), 13-24.
- Simon, G. E., & Rutter, C. M. (2008). Accuracy of recall for mania symptoms using a three month timeline follow-back interview. *Journal of Affective Disorders*, 107(1-3), 271-274.
- Simoneau, T. L., Miklowitz, D. J., Richards, J. A., Saleem, R., & George, E. L. (1999). Bipolar disorder and family communication: effects of a psychoeducational treatment program. *Journal of abnormal psychology*, 108(4), 588-597.
- Simpson, S., Barnes, E., Griffiths, E., Hood, K., Cohen, D., Craddock, N., . . . Smith, D. J. (2009). The Bipolar Interactive Psychoeducation (BIPED) study: trial design and protocol. *BMC psychiatry*, 9, 50.
- Singh, S. P. (2013). Endovista 2016 report. *Journal of Pharmacology and Pharmacotherapeutics*, 4(1), 76-77.
- Singh, S. P., Grange, T., Vijaykrishnan, A., Francis, S., White, S., Fisher, H., . . . Firn, M. (2007). One-year outcome of an early intervention in psychosis service: a naturalistic evaluation. *Early Intervention in Psychiatry*, 1(3), 282-287.
- Skalli, L., & Nicole, L. (2011). Specialised first-episode psychosis services: a systematic review of the literature. *L'Encephale*, 37 Suppl 1, S66-S76.
- Smith, D. J., Griffiths, E., Poole, R., di Florio, A., Barnes, E., Kelly, M. J., . . . Simpson, S. (2011). Beating Bipolar: exploratory trial of a novel Internet-based psychoeducational treatment for bipolar disorder. *Bipolar Disorders*, 13(5-6), 571-577.
- Solomon, D. A., Keitner, G. I., Ryan, C. E., Kelley, J., & Miller, I. W. (2008). Preventing recurrence of bipolar I mood episodes and hospitalizations: family psychotherapy plus pharmacotherapy versus pharmacotherapy alone. *Bipolar Disorders*, 10(7), 798-805.
- Spong, S., Waters, R., Dowd, C., & Jackson, C. (2013). *The Relationship between Specialist Child and Adolescent Mental Health Services (CAMHS) and School- and Community-based Counselling for Children and Young People*. Lutterworth.
- Sterne, J. A., Hernán, M. A., Reeves, B. C., Savović, J., Berkman, N. D., Viswanathan, M., . . . Higgins, J. P. (2016). ROBINS-I: a tool for assessing risk of bias in non-randomised studies of interventions. *BMJ*, 355. doi:10.1136/bmj.i4919
- Street, C. (2004). In-patient mental health services for young people--changing to meet new needs? *Journal of Research on Social Promotion of Health*, 124(3), 115-118.
- Swartz, H. A., Frank, E., Frankel, D. R., Novick, D., & Houck, P. (2009). Psychotherapy as monotherapy for the treatment of bipolar II depression: a proof of concept study. *Bipolar Disorders*, 11(1), 89-94.

- Sylvia, L. G., Salcedo, S., Bianchi, M. T., Urdahl, A. K., Nierenberg, A. A., & Deckersbach, T. (2014). A novel home sleep monitoring device and brief sleep intervention for bipolar disorder: Feasibility, tolerability, and preliminary effectiveness. *Cognitive Therapy and Research*, 38(1), 55-61.
- Tang, M. H., & Pinsky, E. G. (2015). Mood and affect disorders. *Pediatrics in review / American Academy of Pediatrics*, 36(2), 52-61.
- The Joanna Briggs Institute. (2005). *The JBI Model of Evidence-based Health Care: A Model reconsidered*. Australie.
- Thornicroft, G., & Tansella, M. (2004). Components of a modern mental health service: a pragmatic balance of community and hospital care. *Overview of systematic evidence*, 185(4), 283-290.
- Todd, N. J., Solis-Trapala, I., Jones, S. H., & Lobban, F. A. (2012). An online randomised controlled trial to assess the feasibility, acceptability and potential effectiveness of 'Living with Bipolar': a web-based self-management intervention for bipolar disorder: trial design and protocol. *Contemporary clinical trials*, 33(4), 679-688.
- Torem, M. S. (2011). Beyond lithium: Using psychotherapy to reduce suicide risk in bipolar disorder. *Current Psychiatry*, 10(10), 39-45.
- Vallarino, M., Henry, C., Etain, B., Gehue, L. J., Macneil, C., Scott, E. M., . . . Scott, J. (2015). An evidence map of psychosocial interventions for the earliest stages of bipolar disorder. *The Lancet Psychiatry*, 2(6), 548-563.
- van der Voort, T. Y. G., van Meijel, B., Goossens, P. J. J., Hoogendoorn, A. W., Draisma, S., Beekman, A., & Kupka, R. W. (2015). Collaborative care for patients with bipolar disorder: randomised controlled trial. *British Journal of Psychiatry*, 206(5), 393-400.
- Verdeli, H., Mufson, L., Lee, L., & Keith, J. A. (2006). Review of evidence-based psychotherapies for pediatric mood and anxiety disorders. *Current Psychiatry Reviews*, 2(3), 395-421.
- Washburn, J. J., West, A. E., & Heil, J. A. (2011). Treatment of pediatric bipolar disorder: A review. *Minerva Psichiatrica*, 52(1), 21-35.
- Weinstein, S. M., Henry, D. B., Katz, A. C., Peters, A. T., & West, A. E. (2015). Treatment moderators of child- and family-focused cognitive-behavioral therapy for pediatric bipolar disorder. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 54(2), 116-125.
- Weinstein, S. M., West, A. E., & Pavuluri, M. (2013). Psychosocial intervention for pediatric bipolar disorder: current and future directions. *Expert review of neurotherapeutics*, 13(7), 843-850.
- Welch, M., & Welch, T. (2007). Early psychosis in rural areas. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 41(6), 485-494.
- Wells, G. A., ., Shea, B., & O'Connell, D. (2009). The Newcastle-Ottawa scale (NOS) for assessing the quality of nonrandomised studies in meta-analyses.
- West, A. E., Henry, D. B., & Pavuluri, M. N. (2007). Maintenance model of integrated psychosocial treatment in pediatric bipolar disorder: A pilot feasibility study. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 46(2), 205-212.
- West, A. E., & Weinstein, S. M. (2012). A family-based psychosocial treatment model. *Israel Journal of Psychiatry and Related Sciences*, 49(2), 86-93.
- West, A. E., Weinstein, S. M., Peters, A. T., Katz, A. C., Henry, D. B., Cruz, R. A., & Pavuluri, M. N. (2014). Child- and family-focused cognitive-behavioral therapy for pediatric bipolar disorder: a randomized clinical trial. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 53(11), 1168-1178.e1161.
- Whiting, P., Savović, J., Higgins, J. P. T., Caldwell, D. M., Reeves, B. C., Shea, B. J., . . . Churchill, R. (2016). ROBIS: A new tool to assess risk of bias in systematic reviews was developed. *Journal of Clinical Epidemiology*, 69, 225-234.
- Whitley, R., & Drake, R. (2010). Recovery: A Dimensional Approach. *Psychiatric Services*, 61, 1248-1250.

- Williams, J. M. G., Alatiq, Y., Crane, C., Barnhofer, T., Fennell, M. J. V., Duggan, D. S., . . . Goodwin, G. M. (2008). Mindfulness-based Cognitive Therapy (MBCT) in bipolar disorder: preliminary evaluation of immediate effects on between-episode functioning. *Journal of Affective Disorders, 107*(1-3), 275-279.
- Woltmann, E., Andrew, G., Brian, P., Hebert, G., Amy, M. K., & Mark, S. B. (2012). Comparative Effectiveness of Collaborative Chronic Care Models for Mental Health Conditions Across Primary, Specialty, and Behavioral Health Care Settings: Systematic Review and Meta-Analysis. *American Journal of Psychiatry, 169*(8), 790-804.
- Yatham, L. N., Kennedy, S. H., O'Donovan, C., Parikh, S., MacQueen, G., McIntyre, R., . . . Anxiety, T. (2005). Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments (CANMAT) guidelines for the management of patients with bipolar disorder: consensus and controversies. *Bipolar Disorders, 7 Suppl 3*, 5-69.
- Yeung, A., Hails, K., Chang, T., Trinh, N. H., & Fava, M. (2011). A study of the effectiveness of telepsychiatry-based culturally sensitive collaborative treatment of depressed Chinese Americans. *BMC psychiatry, 11*.
- Young, M. E., & Fristad, M. A. (2007). Evidence based treatments for bipolar disorder in children and adolescents. *Journal of Contemporary Psychotherapy, 37*(3), 157-164.
- Young, M. E., & Fristad, M. A. (2009). Working with patients and their families: Cardinal symptom monitoring and mood charting. *Clinical manual for management of bipolar disorder in children and adolescents., 217-238*.
- Young, R. C., Biggs, V. E., Ziegler, V. E., & Meyer, D. A. (1978). A Rating Scale for Mania: Reliability, Validity and Sensitivity. *British Journal of Psychiatry, 133*, 429-435.
- Youngstrom, J. K., Feeny, N., Youngstrom, E. A., Buckner, T., & Danielson, C. K. (2009). Adjunctive cognitive-behavior therapy for pediatric bipolar disorder. *Cognitive-behavior therapy for children: Treating complex and refractory cases., 327-365*.
- Youngstrom, J. K., Freeman, A., Carpenter Song, E., Feeny, N., & Youngstrom, E. A. (2010). Cognitive behavior therapy versus treatment as usual for bipolar youths: A quantitative and qualitative effectiveness trial. *Bipolar Disorders, 12*, 59.
- Yung, A. R., Organ, B. A., & Harris, M. G. (2003). Management of early psychosis in a generic adult mental health service. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry, 37*(4), 429-436.
- Zaretsky, A., Lancee, W., Miller, C., Harris, A., & Parikh, S. V. (2008). Is cognitive-behavioural therapy more effective than psychoeducation in bipolar disorder? *Canadian journal of psychiatry. Revue canadienne de psychiatrie, 53*(7), 441-448.
- Zaretsky, A. E., Segal, Z. V., & Gemar, M. (1999). Cognitive therapy for bipolar depression: a pilot study. *Canadian journal of psychiatry. Revue canadienne de psychiatrie, 44*(5), 491-494.
- Zimmermann, G., Favrod, J., Trieu, V., & Pomini, V. (2005). The effect of cognitive behavioral treatment on the positive symptoms of schizophrenia spectrum disorders: a meta-analysis. *Schizophrenia Research, 77*.