

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À TROIS-RIVIÈRES

**LE TROUBLE DU SPECTRE DE L'AUTISME ET LE PREMIER EPISODE
PSYCHOTIQUE**

**ESSAI PRÉSENTÉ
COMME EXIGENCE PARTIELLE DE LA
MAITRISE EN PSYCHOÉDUCATION**

**PAR
ESTELLE BOUVET-LAMOTHE**

JUIN 2022

Université du Québec à Trois-Rivières

Service de la bibliothèque

Avertissement

L'auteur de ce mémoire ou de cette thèse a autorisé l'Université du Québec à Trois-Rivières à diffuser, à des fins non lucratives, une copie de son mémoire ou de sa thèse.

Cette diffusion n'entraîne pas une renonciation de la part de l'auteur à ses droits de propriété intellectuelle, incluant le droit d'auteur, sur ce mémoire ou cette thèse. Notamment, la reproduction ou la publication de la totalité ou d'une partie importante de ce mémoire ou de cette thèse requiert son autorisation.

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À TROIS-RIVIÈRES
MAITRISE EN PSYCHOÉDUCATION (M. Sc.)

Direction de recherche :

Martin Caouette

Prénom et nom

Directeur de recherche

Comité d'évaluation :

Jean-Yves Bégin

Prénom et nom

Évaluateur

Résumé

Le présent essai abordera les caractéristiques des personnes ayant un trouble du spectre de l'autisme (TSA) et présentant un premier épisode psychotique (PEP) ainsi que les avenues possibles quant aux interventions psychosociales à privilégier. Pour ce faire, des articles traitant de ces sujets ont été recensés dans les bases de données « Psycinfo » et « Érudit » avec différents mots clés. Les articles ont été sélectionnés sur la base de leur pertinence en lien avec la question de recherche. Concrètement, les données concernant l'intervention chez la clientèle PEP-TSA sont inexistantes et les articles sur ce sujet touchent davantage la description de la double problématique. D'ailleurs, cette clientèle présente un profil et des besoins uniques, tels que des difficultés sur le plan des habiletés sociales, des déclencheurs spécifiques quant à l'épisode psychotique et des symptômes psychotiques résiduels comme les idées de persécutions. Ainsi, davantage d'études devraient être menées afin de documenter les pratiques et leur effet dans ce domaine.

Résumé	iii
Problématique	5
Buts et objectifs	10
Méthode	11
Résultats	13
Le profil PEP et TSA (PEP-T)	13
Cadre de référence : Programmes d'interventions pour premiers épisodes psychotiques (PIPEP)	16
Efficacité du modèle d'intervention précoce (IP)	18
Efficacité du modèle familial	19
Efficacité de l'approche cognitivo-comportementale	20
Efficacité de la remédiation cognitive	21
Discussion	27
Recommandations	31
Sur le plan pratique	31
Sur le plan de la recherche	31
Conclusion	33
Références	34
Appendice A1	37
Appendice A2	38

Problématique

Le trouble du spectre de l'autisme (TSA) est une problématique neurodéveloppementale. Il s'observe selon deux domaines déficitaires. Premièrement, il se caractérise par des lacunes persistantes sur le plan de la communication sociale réciproque et des interactions sociales. L'adulte ayant un TSA présente des difficultés à comprendre le non verbal d'autrui. Il peut avoir un langage corporel qui semble étrange ou bien des difficultés à réagir convenablement en contexte social (American Psychiatric Association [APA], 2015). La personne peut présenter des difficultés à développer et à maintenir des amitiés ou à comprendre le principe même des relations de ce type. Elle présente également un intérêt pour les activités solitaires.

Deuxièmement, la personne peut présenter des comportements, des intérêts et des activités de type restreint et répétitif. Ces symptômes se manifestent par une adhésion rigide aux routines. Les comportements peuvent également se manifester sous forme de gestes, de paroles ou de l'utilisation d'un objet de façon répétée. Par exemple, la personne ayant un TSA pourrait avoir des comportements tels que secouer les mains, faire de l'écholalie ou faire tourner à répétition une toupie. Les intérêts restreints et répétitifs sont généralement anormaux en termes de contenu et d'intensité. Vers l'âge adulte, ces intérêts peuvent devenir des leviers importants pour la motivation à se trouver un emploi (APA, 2015). Selon le DSM-5, ces caractéristiques doivent être présentes depuis le début de l'enfance. Leurs manifestations commencent généralement vers deux ans, mais peuvent se présenter dès l'âge de 12 mois dans les cas plus sévères. Les symptômes exposés ci-haut doivent limiter ou bien avoir un impact sur le fonctionnement de la vie quotidienne (APA, 2015).

Le TSA se décline en trois niveaux de sévérité en fonction du soutien requis selon les deux domaines de difficultés énumérés ci-haut. Le premier niveau appelé « nécessitant de l'aide », est la présentation du trouble le moins grave. La personne présente des difficultés, qui, sans aide, ralentissent son fonctionnement social. Les lacunes quant à la planification, l'organisation et le changement d'activités occasionnent des difficultés sur le plan de l'autonomie. Le deuxième niveau se décline sous l'appellation « nécessitant une aide importante ». La personne présente des déficits quant à son fonctionnement social, et ce, malgré l'aide apportée. Les défis se manifestent par un manque de flexibilité dans les comportements, de la difficulté à vivre des changements dans le quotidien et la présence de comportements restreints et répétitifs.

Finalement, le niveau trois connu sous le nom de « nécessitant une aide très importante » reflète un profil ayant des déficits importants sur le plan de la communication sociale. La personne s'exprime avec quelques mots et entre principalement en relation pour répondre à ses besoins. Les difficultés quant aux comportements restreints et répétitifs ont un impact marqué sur le fonctionnement. Les comportements sont inflexibles (APA, 2015).

Seltzer *et al.* (2003) ont examiné sur un échantillon de 405 personnes âgées entre 10 et 53 ans l'évolution des caractéristiques autistiques en fonction de l'âge. Les auteurs démontrent certaines variations dans les cohortes adolescentes et adultes. Ils soulèvent que le groupe d'adolescents présente de meilleures capacités dans le domaine de la réciprocité sociale lors des interactions que les adultes. De l'autre côté, les adultes présentent un meilleur profil en matière de diminution des symptômes, quant aux comportements et intérêts de type restreint et répétitif. Le domaine de la communication serait hétérogène entre les différents groupes. Ainsi, les résultats démontrent une amélioration sur le plan de la communication dans les deux cohortes. Malgré ces variations, ils constatent une amélioration dans les domaines de la communication, des interactions sociales et des intérêts restreints et répétitifs chez les cohortes d'adolescents et d'adultes par rapport aux résultats obtenus à l'enfance. Seltzer *et al.* (2003) suggèrent que les différences perçues entre les cohortes d'adolescents et d'adultes quant aux interactions sociales et aux intérêts restreints sont causées par les services offerts aux adolescents. Cette offre de service serait plus spécifique et intensive que dans le passé. Cette interprétation soutient l'importance de continuer à développer les connaissances relatives à l'intervention chez la clientèle ayant un TSA.

Le système national de surveillance du trouble du spectre de l'autisme (SNSTSA) de l'Agence de la santé publique du Canada a estimé la prévalence des 5 à 17 ans, présentant un TSA au Canada, et ce, de 2011 à 2015. Cette étude compte sept provinces et territoires (Terre-Neuve-et-Labrador, Nouvelle-Écosse, Île-du-Prince-Édouard, Nouveau-Brunswick, Québec, Colombie-Britannique et Yukon). Au Canada, la prévalence du trouble est de 1 enfant sur 66 avec une prédominance chez les garçons : 1:42 comparativement aux filles : 1:165). Au Québec, la prévalence du TSA en 2015 était de 24,1 sur 1000 pour les garçons et de 6,5 pour 1000 pour les filles. Ainsi, on reconnaît un ratio d'une fille pour quatre garçons ayant la problématique. Globalement, la prévalence est de 15,5 personnes pour 1 000. L'incidence a augmenté

considérablement de 2000 à 2015 autant chez les filles que chez les garçons. Ces données ont été prélevées par le biais des services sociaux et de santé chez la population québécoise (Gouvernement du Canada, 2018).

Toujours au Québec, il est constaté que le diagnostic est parfois émis avant l'âge de 5 ans et majoritairement posé avant la dixième année de vie. Cela occasionne une forte décroissance des diagnostics entre l'âge de 10 à 24 ans (Binta Diallo et *al.*, 2017). Ainsi, de 2015 à 2016, l'incidence chez les 1 à 24 ans s'établit à 1,5 pour 1 000 personnes. Sur l'ensemble des cas ayant été diagnostiqués à ce moment, 6,2 % avaient entre 18 et 24 ans. À ce même moment, la prévalence du groupe des 13 à 20 ans était de 1,3 % et des 21 à 24 ans était de 0,6 % (Trépanier et *al.*, 2018).

Certaines personnes ayant le diagnostic de TSA peuvent également avoir une autre problématique associée. Chez l'enfant, le trouble déficitaire de l'attention (TDA/H), les troubles anxieux, le trouble obsessionnel compulsif, le trouble dépressif majeur et le trouble de l'opposition peuvent être diagnostiqués en plus du TSA (Leyfer et *al.*, 2006; Simonoff et *al.*, 2008). En effet, l'étude de Leyfer et *al.* (2006) démontre dans leur échantillon que 72 % des enfants avaient, au minimum, un trouble psychiatrique associé sur l'axe I en plus d'un diagnostic de TSA. Kovshoff et *al.* (2019) ont soulevé sur la base de leur échantillon composé d'adultes, que le niveau d'anxiété et de dépression serait plus élevé chez les personnes ayant un diagnostic de TSA. Selon les auteurs, ces résultats étaient cohérents avec les écrits sur le sujet.

Chez l'adulte, il est démontré que la personne ayant un TSA est plus à risque de développer une psychose. De même, les jeunes adultes qui présentent des symptômes psychotiques seraient plus à risque d'avoir un diagnostic d'autisme, et ce, comparativement à la population générale (Sunwoo et *al.*, 2020). Dans leur étude, Upthegrove et *al.* (2018) soulèvent que 25 % de leur échantillon présentant un premier épisode psychotique (PEP) démontrait des traits autistiques élevés pouvant requérir une évaluation diagnostique. Les auteurs soulèvent que ce résultat est cohérent avec l'étude de Chisholm et *al.*, 2015.

Les troubles psychotiques se définissent par la manifestation de symptômes positifs et négatifs. Les symptômes de nature positive se présentent sous la forme d'idées délirantes, d'hallucinations, de pensées ou de discours désorganisés et de comportements grossièrement désorganisés ou anormaux. Or, les symptômes négatifs sont plus souvent rapportés dans la

schizophrénie que dans les autres troubles psychotiques. Ainsi, la personne peut présenter une perte d'intérêt pour les activités initiées, une diminution de l'expression émotionnelle, une diminution du discours produit, un manque d'intérêt pour les interactions avec autrui et une difficulté à ressentir du plaisir face à un stimulus agréable (APA, 2015). Parmi l'ensemble du spectre de la schizophrénie, nous nous intéressons davantage au premier épisode psychotique chez les personnes ayant au préalable un diagnostic de TSA.

La terminologie « premier épisode psychotique » désigne des jeunes ayant vécu pour une première fois les manifestations de la psychose sans toutefois avoir eu un diagnostic formel. Cela soulève la possibilité d'un diagnostic de schizophrénie, de trouble affectif ou bien d'abus de substance qui pourrait être émis, étant donné que la psychose est perçue comme étant une manifestation de ces problématiques (Weiden *et al.*, 2007 cités dans Morin, 2015).

Sunwoo *et al.* (2020) ont comparé un groupe de jeunes adultes ayant un diagnostic de TSA et de premier épisode psychotique (PEP) à un groupe ayant seulement un PEP. Leurs observations permettent de mieux identifier les caractéristiques de la clientèle. Les résultats démontrent que les groupes PEP et TSA présentaient plus de difficultés sur le plan des interactions sociales. Les auteurs expliquent ce résultat par la présence commune de déficits quant au fonctionnement social dans les deux troubles ce qui pourrait les désavantager sur cet élément. Finalement, il est démontré qu'il y a une incidence de la schizophrénie plus élevée chez les hommes ayant un TSA dans l'échantillon. Ils soulèvent qu'être de sexe masculin pourrait être un facteur de risque à présenter un profil de comorbidité entre ces deux problématiques.

Upthegrove *et al.* (2018) démontrent qu'avoir des traits autistiques ainsi que des symptômes positifs de psychose est associé à un niveau significatif de dépression, de désespoir et d'idées suicidaires. Au Québec de 1996 à 2011, chez les personnes ayant un TSA de 1 à 24 ans, le taux de suicide est deux fois plus élevé que dans la population générale (Binta Diallo *et al.*, 2017). Pour les intervenants œuvrant auprès de clientèles ayant un diagnostic de PEP, détecter les symptômes autistiques peut favoriser la prévention du suicide et de la dépression. Ceci pourrait favoriser une meilleure offre de service pour la clientèle (Upthegrove *et al.*, 2018).

D'autre part, dans une population de personnes ayant un PEP, un niveau de traits autistiques plus élevé serait associé à une moins bonne qualité de vie, un niveau de fonctionnement plus faible et des symptômes psychotiques plus importants (Chisholm *et al.*,

2019). Ces auteurs soulèvent aussi que l'association entre les deux troubles est peu comprise. En ce sens, ils mettent en garde les chercheurs et cliniciens quant au dépistage du trouble. Les symptômes négatifs de la psychose pourraient masquer les traits autistiques. Les auteurs soulèvent l'importance de développer des services qui répondent adéquatement au besoin des individus ayant un diagnostic de psychose et des traits autistiques marqués.

Pour conclure, notre recension des écrits démontre que les personnes ayant un diagnostic d'autisme sont plus à risque de développer une psychose. La comorbidité des deux troubles implique des lacunes sur les plans du fonctionnement social et de la qualité de vie de. De plus, le sentiment de désespoir, la dépression et les idées suicidaires seraient plus marqués chez la personne ayant un TSA et un PEP impliquant des symptômes positifs. Ces impacts sont notables et soulignent l'importance de se pencher sur cette problématique afin d'offrir les meilleurs services. De plus, les connaissances et les interventions spécifiques à la clientèle semblent peu développées. Il est donc intéressant de faire l'état des connaissances actuelles sur le sujet.

Buts et objectifs

Cet essai s'intéresse à la clientèle ayant un TSA ou aux personnes ayant des traits autistiques prononcés, et ayant comme problématique associée un PEP. L'objectif est d'identifier dans les écrits scientifiques les interventions favorisant le rétablissement des symptômes psychotiques pour cette clientèle. Ainsi, nous tenterons de répondre à la question suivante : quelles sont les meilleures interventions psychosociales favorisant le rétablissement des personnes ayant un TSA et vivant un PEP ? Pour y parvenir, deux objectifs guident notre exploration des écrits sur le sujet.

- 1) Définir le profil des personnes ayant un PEP et un TSA.
- 2) Identifier les interventions qui favorisent le rétablissement du PEP et leur efficacité.

Méthode

Les articles ont été récupérés sur les bases de données PsycInfo et Érudit. Tout d'abord, une première recherche a été effectuée sur PsycInfo. Les mots-clés en lien avec le TSA, la psychose et l'intervention ont été utilisés (voir Appendice A1). Les résultats obtenus étaient majoritairement des études descriptives reliées à la prévalence des deux troubles. Par la suite, ces mots-clés ont été utilisés en français sur Érudit. Les articles recensés étaient davantage reliés à chacun des troubles individuellement. Les informations n'étaient pas pertinentes pour la question de recherche (voir appendice A1). Quatre articles ont été sélectionnés sur la base de leurs résultats. Ces articles émettaient des recommandations pour la pratique en termes d'intervention pour la clientèle PEP et TSA et permettaient de dresser un portrait de la clientèle. L'ensemble des caractéristiques de ces études sont décrites ci-bas (voir Tableau 1).

Après avoir effectué plusieurs recherches sur l'intervention auprès de la clientèle ayant un TSA et présentant un PEP, aucune donnée précise à cet effet n'était disponible à part les articles descriptifs abordés ci-haut. En ce sens, des interventions spécialisées pour les PEP ont été examinées dans le cadre de cet essai, dans le but de dresser un portrait global.

Au Québec, il existe une association de cliniques qui offrent des programmes pour le traitement des PEP, soit l'Association québécoise des programmes pour premiers épisodes psychotiques (AQPPEP). Toutes les régions du Québec n'ont pas une clinique associée à ce groupe. Cependant, chaque installation de santé doit offrir des services à la clientèle ayant un PEP, et ce, basée sur les données probantes. Ainsi, un cadre de référence pour l'intervention lors des premiers épisodes psychotiques a été créé dans le but de guider la mise en place de l'intervention. En ce sens, ce cadre de référence a été utilisé dans le présent essai pour soulever les approches d'interventions pour la clientèle (Delorme et *al.*, 2018). Étant donné qu'une variété d'interventions est disponible pour la clientèle PEP, ce cadre a été utilisé pour guider mes choix. Ainsi, trois interventions ont été examinées selon leurs retombées et leur efficacité. Il s'agit de l'approche TCC, les interventions familiales et l'intervention précoce. Les mots-clés utilisés pour trouver des articles sur ces sujets sont les suivants : « Clinique pour premiers épisodes psychotiques » dans Érudit, « cognitive behavioral therapy AND first psychotic episode » dans PsycInfo, « Best practice AND autism AND psychosis » dans Psycinfo et « Family Therapy AND Psychosis » dans Psycinfo. De plus, une intervention supplémentaire a été trouvée sur Psycinfo à l'aide des mots-clés « Cognitive réadaptation Training ». La Figure A2 définit avec

plus de précision les techniques pour sélectionner les études. La réadaptation cognitive a été conservée malgré qu'elle ne soit pas dans les lignes directrices de l'intervention pour les PEP, puisqu'elle concorde avec les recommandations du cadre de référence qui visent à favoriser le retour en emploi de la personne vivant un PEP. L'ensemble des caractéristiques de ces études sont décrites ci-bas (voir au Tableau 2).

Les critères d'inclusion concernant les échantillons des études sont en lien avec l'âge des participants aux études. Ainsi, les clientèles jeunes adultes et adultes ont été sélectionnées (14 ans et plus). Effectivement, l'âge moyen du PEP est entre 15 et 25 ans (Morgan et *al.*, cité dans Delorme et *al.*, 2018). Ceci a donc justifié la mise en place de ce critère d'inclusion. Les articles devaient être écrits entre 2000 et 2022. Ils devaient être rédigés en anglais ou en français. Les articles scientifiques et également la littérature grise ont été consultés. Étant donné le faible nombre d'articles sur le sujet, il s'agit des seuls critères sélectionnés.

Dans un premier temps, les discussions et conclusions des articles descriptifs sont rapportées dans la section résultats, afin de définir le profil de la clientèle PEP et TSA. En plus, une attention particulière est posée sur les recommandations des études axées sur l'intervention auprès des personnes ayant un PEP et un TSA, afin d'analyser les avenues pour la recherche. La prévalence de la clientèle ayant un TSA dans les échantillons de personnes ayant une PEP est considérée dans cet essai afin de statuer sur l'ampleur de la problématique. Dans un deuxième temps, les données concernant l'efficacité des interventions sélectionnées sont analysées à l'aide des résultats des différentes études. Également, une description du fonctionnement et des balises des programmes québécois pour les PEP seront définies. Il s'agit de la meilleure représentation de l'état de l'intervention au Québec. Ultimement, cela permettra de se positionner sur l'offre de service actuel. Finalement, les caractéristiques des différentes études descriptives et leur méthodologie de même que les interventions et leurs retombées seront précisées.

Résultats

Le profil PEP et TSA (PEP-T)

Treise et *al.* (2021) ont observé la prévalence du TSA et des PEP (PEP-T) dans un service d'intervention pour les PEP. De plus, ils se sont penchés sur les présentations cliniques des deux groupes et en ont fait la comparaison (PEP et PEP-T). Ils ont également observé les différences entre le traitement offert à la clientèle PEP et la clientèle PEP-T.

Tout d'abord, ils soulèvent que 9 % de l'échantillon présentait un diagnostic d'autisme, ce résultat s'avère plus élevé que dans l'étude de Davidson et *al.* (2014) qui rapportaient une prévalence de 3,6 %. Ils soulignent que le taux de TSA identifié par leur étude est significativement plus élevé que dans la population générale. Dans l'échantillon, sur les 11 cas identifiés comme ayant un TSA, six ont été identifiés dans le cadre du processus d'évaluation de l'étude. Ainsi, cette découverte soutient leur hypothèse selon laquelle les cas de TSA sont sous-identifiés dans ce type de population. Treise et *al.* (2021) croit que de traiter les symptômes psychotiques sans prendre en considération les caractéristiques et les besoins particuliers de la clientèle ayant un TSA nuit au potentiel des résultats de l'intervention.

Les résultats obtenus sur la base de la comparaison des différents profils démontrent que le groupe PEP-T présente des caractéristiques singulières comparativement à leur homologue ayant un TSA ou un PEP seul. Treise et *al.* (2021) démontrent que le groupe PEP-T avait davantage de difficultés à communiquer et à interagir socialement. Ce groupe aurait des antécédents importants sur le plan des intérêts restreints et des difficultés à vivre les changements. Cependant, il ne présenterait pas plus de comportements stéréotypés. Les auteurs constatent que l'ensemble de cet échantillon répondrait aux critères d'anxiété généralisée. Treise et *al.* (2021) soutiennent que les idées de persécution étaient un symptôme persistant dans l'échantillon PEP-T.

Sur le plan des interventions, les déclencheurs de l'épisode psychotique dans le groupe PEP-T étaient davantage liés à des stressors interpersonnels et à des changements dans l'environnement. Parallèlement à cela, la consommation de drogues, les traumatismes et les facteurs de stress liés à la vie quotidienne n'étaient pas des facteurs déclencheurs dans ce groupe, mais plutôt dans celui des PEP seuls. Selon les auteurs, cette observation soutient l'importance de

favoriser la mise en place d'intervention pour la clientèle ayant un PEP-T dans le but d'améliorer les aptitudes sociales et de les accompagner dans les changements et les transitions de vie.

Sunwoo et *al.* (2020) ont documenté dans le cadre de leur étude l'impact de la psychose sur le plan de l'employabilité et du fonctionnement social des personnes ayant un PEP et celles ayant un PEP-T. Ils ont également observé les caractéristiques démographiques et personnelles de ces deux groupes. Ils ont établi la prévalence de participants ayant un TSA dans l'échantillon de personnes présentant un PEP. Sur le plan fonctionnel, la cohorte PEP-T éprouvait plus de difficultés dans les relations sociales. Sur le plan de la consommation, les auteurs soulèvent que le groupe PEP-T ne consommait pas plus de cannabis et de méthamphétamine que la population générale. Sunwoo et *al.* (2020) expliquent ce résultat à l'aide de l'étude de Santosh et Mijovic (2006). Ces derniers mentionnent que les difficultés sociales des personnes ayant un TSA peuvent entraîner de l'exclusion de la part des pairs. Cela diminuerait l'exposition à des contextes propices à la consommation. Sur le plan de l'employabilité, le groupe PEP-T était plus susceptible d'être engagé dans des études ou d'avoir un emploi au terme de la prestation de service. Selon les auteurs, l'offre de service pour la clientèle TSA est plus intensive, cela expliquerait le meilleur taux de maintien en emploi. En plus, leur niveau de consommation serait moins élevé que chez le groupe PEP seul, ce qui aiderait aussi le maintien en emploi. Ensuite, Sunwoo et *al.* (2020) rapportent sur la base de leur échantillon que le groupe PEP-T était majoritairement des hommes. Le taux de TSA est quatre fois plus élevé chez les hommes. Parallèlement à ce ratio, les auteurs soulignent que l'incidence de la schizophrénie est également plus grande chez les personnes de sexe masculin. Face à ce constat, Sunwoo et *al.* (2020) suggèrent qu'être un homme pourrait être un facteur de risque à avoir les deux troubles simultanément. Les résultats obtenus soutiennent l'hypothèse que les personnes de jeunes âges qui présentent des symptômes psychotiques ont un plus haut risque d'avoir un diagnostic de TSA comparativement à la population générale. Selon eux, les services en intervention précoce pour la psychose gagneraient à inclure un protocole de dépistage du TSA dans leur démarche d'admission et d'évaluation puisqu'il y a un potentiel d'erreur diagnostique et de sous-diagnostic du TSA chez la clientèle qui vit un PEP. Finalement, selon les auteurs, ces services devraient ajouter des modules sur la formation aux habiletés sociales afin d'adapter leur offre de service à la clientèle autisme.

Zheng et al. (2020) ont observé l'association entre les traits autistiques d'un échantillon de personnes ayant un PEP et leur niveau de rétablissement. Pour ce faire, ils ont examiné les caractéristiques démographiques, dont le statut par rapport à l'emploi. Pour identifier le niveau de rétablissement des participants, ils ont mesuré les symptômes psychotiques. Tout d'abord, Zheng et al. (2020) soulève des résultats contraires à Sunwoo et al. (2020). Selon eux, la personne avec un haut niveau de traits autistiques aurait plus de difficultés sur le plan de l'employabilité. Les auteurs soulèvent qu'ils auraient également plus de risques d'avoir un trouble de l'humeur. Ils apportent une nuance importante : les personnes avec moins de traits autistiques seraient plus susceptibles d'avoir un diagnostic de schizophrénie ou un trouble délirant. Au cours de l'étude, ils constatent que la plupart des clients ont démontré de l'amélioration dans leurs résultats sur le plan clinique, et ce, après un an. En conséquence, ils soulèvent que les personnes avec plus de traits autistiques démontreraient moins d'amélioration en termes de sévérité de symptômes comparativement à ceux avec moins de traits autistiques. Zheng et al. (2020) soutiennent l'importance d'être attentif à la comorbidité possible entre les deux troubles. Ils spécifient que les cliniciens doivent être à l'affût de l'impact de cela sur les résultats cliniques. Ils mentionnent également qu'un outil de dépistage permettant d'identifier les traits et les symptômes autistiques dans la population PEP devrait être développé.

Davidson et al. (2014) ont déterminé la prévalence de personnes ayant le syndrome d'asperger dans un service œuvrant auprès des personnes ayant un PEP. Davidson et al. (2014), sur la base de leur échantillon, ont démontré que 3,6 % des participants avaient un diagnostic d'asperger. Ils mentionnent d'éviter la généralisation, puisque leur échantillon ne représente qu'une petite partie de la population. Cependant, ils croient que d'autres équipes de traitement pour les PEP pourraient obtenir des résultats similaires. Les auteurs croient que les symptômes psychotiques seraient plus communs chez les personnes ayant un syndrome d'asperger que dans la population générale. Ils mettent en garde les lecteurs quant aux erreurs diagnostiques. Selon eux, certaines personnes peuvent être diagnostiquées avec une PEP alors qu'ils ont en fait un syndrome d'asperger. Certaines caractéristiques sensorielles et les difficultés sur le plan des habiletés sociales propres au TSA pourraient être confondues avec les idées de grandeur et des hallucinations tactiles, symptômes de la psychose (Arraste-Gil, Martinex-Cengotiabengoa et Lopez-Pena 2010 ; Hare et Blackshaw, 2006 cités dans Davidson et al., 2014). Davidson et al. (2014) ont constaté que plus de la moitié de leur échantillon (n=4) qui s'est avéré avoir un

diagnostic de TSA au terme de leur protocole diagnostic n'avait pas été diagnostiqué auparavant, et ce, bien qu'ils bénéficient de services en santé mentale depuis plusieurs années. Ainsi, malgré Ils croient qu'au Royaume-Uni, il existe plusieurs individus non diagnostiqués. Finalement, ils suggèrent qu'il y aurait des facteurs de risques génétiques communs entre le TSA et la schizophrénie (Burbach et Van der Zwaag, 2009; Davidson *et al.*, 2014). Ils ajoutent que des études épidémiologiques devraient être faites à plus grande échelle afin d'établir le taux de comorbidité. Ainsi, ils croient que les intervenants de ce type de service devraient être formés pour identifier les cas de TSA dans cette population.

Cadre de référence : Programmes d'interventions pour premiers épisodes psychotiques (PIPEP)

Le cadre de référence pour les programmes d'interventions pour premiers épisodes psychotiques (PIPEP) permet aux équipes qui les mettent en place d'avoir des balises centrées sur les bonnes pratiques fondées sur les données probantes (Delorme *et al.*, 2018). Les équipes PIPEP offrent des services aux personnes âgées entre 12 et 35 ans ayant vécu un PEP. Ils n'acceptent pas les personnes ayant vécu un épisode psychotique induit par un trouble physique. L'équipe offre également des services aux personnes à risque accru de psychose. Il s'agit de personnes qui présentent une détresse et un déclin relié à leur fonctionnement social. Elles doivent également répondre à un de ces critères : la personne a des symptômes psychotiques transitoires ou atténués, la personne a d'autres comportements qui laissent suspecter une psychose et un parent du premier degré présente un trouble psychotique ou de schizophrénie.

Les demandes de services peuvent être acheminées par toute personne et elles peuvent provenir de l'ensemble des milieux. Une personne peut également acheminer une demande pour elle-même. Le PIPEP a son propre guichet d'accès. Les membres de l'équipe sont joignables six jours sur sept jusqu'à 20h. À la suite d'un premier contact téléphonique, un intervenant fait une première évaluation dans les 24h à 72h. Après cette phase de triage, si la personne présente des symptômes de psychose, une évaluation médicale est offerte dans les 7 à 15 jours (Delorme *et al.*, 2018). Ainsi, si la personne ne présente pas de psychose, l'équipe la dirige vers le service approprié. En contrepartie, une fois que le diagnostic de psychose est posé, la personne est acceptée dans les services de PIPEP. L'équipe va identifier un intervenant pivot et agir auprès de la personne dans un délai de 24 heures. Idéalement, une collaboration est instaurée entre les services d'urgences psychiatriques et l'équipe. L'intervenant qui travaille dans une clinique

PIPEP doit être disponible un minimum de quatre jours semaines afin d’offrir une intensité et une disponibilité pour la clientèle. Cela favorise l’engagement et l’implication du client. La durée moyenne du service est de trois ans au Québec. Dans d’autres pays et ailleurs au Canada, elle varie entre 2 et 5 ans. Cependant, aucune donnée probante ne justifie l’efficacité d’une durée quelconque (Gouvernement du Québec, 2012 cité dans Delormes et *al.*, 2018). Un intervenant doit avoir à sa charge 16 patients. Les équipes PIPEP interviennent en équipe interdisciplinaire. L’équipe est composée d’un chef d’équipe qui assure la supervision des membres du groupe. Il intervient et il s’occupe des tâches administratives. Minimale, l’équipe comprend un psychiatre, une infirmière, un spécialiste en toxicomanie, un spécialiste en réinsertion socioprofessionnelle et scolarisation et un spécialiste des approches familiales et cognitives comportementales (Delorme et *al.*, 2018).

Les cliniques PIPEP offrent plusieurs services à l’ensemble des personnes vivant un PEP ou à haut risque d’en être affectées. Tout d’abord, elles offrent des activités de sensibilisation et d’information et elles luttent contre la stigmatisation. Cela se fait avec les organismes qui œuvrent auprès de personnes qui vivent des difficultés telles que les personnes judiciarisées, les milieux scolaires, les organismes et les services qui travaillent avec les jeunes et les familles en difficulté ainsi que les services de dépendance. Dans le cadre d’une psychose avérée, elles offrent un suivi comprenant une évaluation biopsychosociale en collaboration avec l’équipe traitante et le psychiatre. Elles permettent d’orienter le traitement. L’équipe PIPEP, avec l’autorisation du client, maintient un lien tout au long du traitement avec le milieu référent en lui partageant les conclusions de ses évaluations et de l’évolution clinique de l’usager. Elle offre un plan d’intervention axé sur le rétablissement et le mieux-être. Celui-ci est révisé tous les six mois. Il vise le rétablissement fonctionnel et il prévient les déficits sur les plans fonctionnels et cognitifs. Il peut également inclure un suivi du bilan physique. L’équipe offre l’évaluation et le traitement des troubles concomitants tel que la toxicomanie. Globalement, l’intervention s’exécute de façon intensive et en proximité. Cela favorise l’adhésion aux traitements et réduit les hospitalisations (Delorme et *al.*, 2018).

Les programmes PIPEP offrent des interventions basées sur les données probantes. En ce sens, les actions s’appuient sur un traitement antipsychotique, une psychothérapie ou une intervention basée sur les modèles cognitivo-comportementaux en complémentarité à une

intervention familiale. Parallèlement à cela, ils offrent un soutien aux membres de l'entourage. Des services visant la réinsertion professionnelle et le raccrochage scolaire sont offerts par le programme PIPEP. Pour ce faire, les équipes travaillent en collaboration avec les différents services et organismes qui luttent contre le décrochage scolaire dans la communauté. Finalement, au terme du suivi, les PIPEP assurent une continuité de soin avec les autres services en fonction des besoins de la personne (Delorme et *al.*, 2018).

Efficacité du modèle d'intervention précoce (IP)

Srividya et Malla (2014) résument les résultats de quatre études qui comparent l'intervention précoce pour les PEP et les soins normaux. Tout d'abord, Srividya et Malla (2014) reprennent les résultats de Craig et *al.* (2004) et Garety et *al.* (2006). Les résultats de ces études démontrent que l'IP présente des taux de rechute et d'abandon du traitement plus faible que les services en santé mentale normal qui n'appliquent pas les lignes directrices de l'intervention pour PEP. Les études démontrent également une amélioration des mesures de fonctionnement social et professionnel, une meilleure qualité de vie et le respect de la médication, et ce, à la suite d'un suivi de 18 mois. Les auteurs rapportent aussi les données de Jorgensen et *al.* (2000) et Petersen et *al.* (2005). Selon eux, les participants de leur étude avaient de meilleurs résultats quant aux symptômes positifs et négatifs, aux problèmes de consommation et au respect de la médication à la suite d'un suivi de deux ans, et ce, comparativement aux soins normaux. L'étude de Kuipers et *al.* (2004) citée dans Srividya et Malla (2014) n'a pas démontré de différences significatives entre le groupe de soin normal qui comprend de la médication, un suivi des symptômes psychotiques et ceux du groupe IP, bien que les deux groupes aient démontré une amélioration. Cependant, l'étude rapporte que les soignants qui appliquent l'approche IP avaient une meilleure qualité de vie. Les auteurs spécifient que l'échantillon était petit (groupe contrôle : 27 et groupe IP : 32) et que l'intervention aurait dû être commencée plus tôt. La dernière étude de Grawe et *al.* (2006) citée dans Srividya et Malla (2014) démontre que l'IP était plus efficace pour diminuer les symptômes négatifs et les épisodes psychotiques mineurs. Elle favorise également la stabilisation des symptômes positifs. L'IP n'est pas plus efficace en ce qui concerne la réduction du nombre d'hospitalisations ou la récurrence majeure des épisodes psychotiques.

Parallèlement à ces quatre études, Srividya et Malla (2014) rapportent les recherches de McGorry et *al.* 2010 ainsi que Nordentoft et *al.* (2014). Selon ces auteurs, l'IP favorise un

meilleur engagement de la clientèle, une plus grande satisfaction de celle-ci et un taux de suicide plus bas que le traitement normal.

Les auteurs soulèvent quatre éléments de controverses quant à l'IP. Tout d'abord, les études qui soutiennent l'efficacité de l'intervention n'évaluent pas correctement la durée de l'effet. On reproche également à ces études de ne pas utiliser les principes de Cochrane, il n'y aurait pas d'évaluation des résultats à double insu. Ensuite, l'approche IP cible uniquement les jeunes vivant un premier épisode psychotique. Certains critiquent l'IP pour son manque d'équité. Ainsi, puisque cette approche est de qualité supérieure, selon les tenants de ce propos, tous devraient y avoir droit. D'autres affirment que les ressources des systèmes de santé mentale soient concentrées vers les services d'IP. Finalement, l'approche est critiquée concernant sa capacité à dépister les personnes dites à risque de psychose. Ainsi, ces critères manqueraient de sensibilité. Les auteurs soulèvent également un risque de stigmatisation et d'étiquetage pour la clientèle en lien avec les interventions précoces (Carr, 2012; Fusar-Poli et *al.*, 2012; Fusar-Poli et *al.*, 2013; Hutton et Taylor, 2014, Mueser et *al.*, 2013 cités dans Srividva et Malla, 2014).

Efficacité du modèle familial

L'intervention de type familial de McFarlane's (2016) réduit les rechutes de la psychose de 50 à 60 % comparativement au traitement habituel (médication seule ou service individuel et médication) (McFarlane, 2016 cités dans Gelin et *al.*, 2018). Toujours en comparaison aux traitements standards, la thérapie familiale de McFarlane's est associée à une diminution des hospitalisations, une réduction des symptômes négatifs et une meilleure gestion des comportements dans le domaine social, dans les occupations quotidiennes, les déficits cognitifs et une meilleure perception de la qualité de vie (Dyck et *al.*, 2000; 2002; Hazel et *al.*, 2004; McDonnell et *al.*, 2006; McFarlane, 2002; McFarlane and Deakins, 2002 cités dans Gelin et *al.*, 2018). Finalement, il est démontré que l'intervention familiale a des retombés sur le bien-être physique et psychologique de la famille. Il y aurait moins de problématiques de santé, la cellule familiale serait plus efficace dans la gestion de la problématique et l'épuisement serait réduit. Ces éléments réduiraient l'intensité émotionnelle dans les familles, ce qui aurait un impact sur la finalité des troubles graves de santé mentale (Hazel et *al.*, 2004; McDonnell et *al.*, 2006; McFarlane, 2016; McFarlane et *al.*, 1996 ; King et *al.*, cités dans Gelin et *al.*, 2018). En général, les interventions destinées à la famille sont bénéfiques dans la phase prodromique de la maladie (McFarlane, 2016 cité dans Gelin et *al.*, 2018).

Hogarty *et al.* (1991; 1997) cités dans Brazo *et al.* (2009) soutiennent que l'implication des parents dans la prise en charge permettrait à la personne qui vit un PEP de développer de meilleures stratégies de *coping* face aux déficits associés à la problématique, une meilleure qualité de vie, une diminution des rechutes et de la durée d'hospitalisation ainsi qu'au long court, une meilleure insertion sur le plan professionnel.

Camacho-Gomez et Castellvi (2020) ont mené une méta-analyse sur 14 travaux scientifiques portant sur l'efficacité de l'intervention de type familiale auprès de la clientèle PEP. Globalement, les auteurs suggèrent que l'intervention de type familiale est plus efficace que l'intervention standard. L'intervention familiale permettrait de réduire la durée de l'hospitalisation, la sévérité des symptômes psychotiques et d'améliorer le fonctionnement de la personne, et ce, au cours des 24 premiers mois à la suite des traitements. À la suite des 24 mois, on constate que les effets positifs de l'intervention familiale sont similaires à ceux de l'intervention standard. Les auteurs mentionnent que leur recherche leur a permis de démontrer que l'intervention familiale est efficace pour réduire les rechutes psychotiques. Finalement, les auteurs apportent une nuance importante sur l'efficacité de l'intervention familiale ; les résultats semblent présents que sur une période courte (24 mois) (Camacho-Gomez et Castellvi, 2020).

Efficacité de l'approche cognitivo-comportementale

Brazo *et al.* (2009) soulèvent l'apport de la thérapie cognitivo-comportementale (TCC) dans les différentes phases de la psychose. Morrison *et al.* (2004), cités dans Brazo *et al.* (2009), démontrent sur la base de leur échantillon, que l'intervention TCC réduit l'évolution d'une psychose avérée. Les auteurs soulignent que les résultats appuient la pertinence d'appliquer la TCC chez la population à risque de psychose. En ce qui a trait à la phase aiguë, selon les auteurs, peu d'études traitent de ce sujet. Lewis *et al.* (2002), cités dans Brazo *et al.* (2009), mettent en parallèle trois types de soutien à la personne en phase aiguë (prise de médication, thérapie de soutien et TCC). Les résultats démontrent que l'approche TCC et la thérapie de soutien avec médication étaient plus efficaces pour la rémission que la médication seule. Bien que la TCC ne se soit pas démarquée de la thérapie de soutien, elle aurait démontré de meilleurs résultats quant à la rapidité des effets positifs. Par contre, il n'y avait pas de différences significatives après 18 mois entre les trois groupes concernant les rechutes et les admissions en psychiatrie.

Zimmermann et *al.* (2005), cités dans Brazo et *al.* (2009), soulèvent à l'aide de leur méta-analyse que la TCC réduit les symptômes positifs et elle est utile dans le traitement de la phase aiguë. Durant la phase de rémission, les techniques associées à l'approche TCC aideraient à traiter les symptômes positifs et ceux qui sont persistants (Brazo et *al.*, 2009).

Efficacité de la remédiation cognitive

Bien que l'étude de Allott et *al.* (2017) ait été faite sur un petit nombre de personnes (n=5), elle met en lumière des observations intéressantes et les retombées de l'utilisation de la remédiation cognitive chez la population PEP. Tout d'abord, Allott et *al.* (2017) ont observé que les problèmes de consommation peuvent avoir un impact sur le traitement. Il est donc à privilégier de travailler les problèmes de consommation avant d'implanter une intervention de ce type.

Les personnes avec d'importantes difficultés cognitives appliqueraient moins les stratégies de remédiation cognitive que ceux ayant des difficultés moindres (Gooding et *al.*, 2012 cités dans Allott et *al.*, 2017). Dans la présente étude, le profil cognitif des participants était hétérogène. Ils soulèvent que les participants ont trouvé les stratégies utiles pour l'école et le travail. Allot et *al.* (2017) croient que la réadaptation cognitive peut être une approche utile chez les personnes vivant un PEP. D'autres études devraient cependant traiter des déficits cognitifs associés à la psychose.

Eack et *al.* (2010), cités dans Iyer et Malla (2014), rapporte qu'au cours des deux premières années suivant l'apparition des épisodes psychotiques, la rééducation cognitive pourrait contrer la diminution de la matière grise et l'augmenter dans certaines zones cérébrales.

Tableau 1*Caractéristiques et méthodologies des études sélectionnées*

Auteurs	Objectifs	Échantillon (N, âge, dx)	Méthodologie
Treise et al. (2021)	1) Établir un protocole diagnostique dans les services d'intervention précoce dans le but d'établir la prévalence de TSA dans les charges de cas. 2) Décrire les caractéristiques des individus PEP et TSA en comparaison au groupe PEP sans TSA. 3) Déterminer les différences de traitements entre les TSA et les PEP ainsi que les PEP sans TSA.	N = 201 Âge = 30-33 Dx : Les participants ont un PEP et certains avaient également un diagnostic de TSA.	Afin d'établir la prévalence de TSA et PEP dans l'échantillon, les chercheurs ont utilisé un protocole diagnostique en trois étapes. Tout d'abord, l'outil ASDASQ a été administré à l'ensemble de l'échantillon. Les participants ayant un résultat supérieur à 4 passaient à l'étape suivante qui visait à analyser les dossiers électroniques de ceux-ci sur la base de leur problématique associée, leur fonctionnement social, et etc. Ceux qui avaient des manifestations propres au TSA marqué et qui n'avaient pas de diagnostic de TSA ont été référés à des professionnels. Ainsi, le ADOS-2 et le CAST ont été administrés, afin d'émettre le potentiel diagnostique dans le but de comparer le groupe PEP et TSA au groupe TSA. Les chercheurs ont apparié chaque personne des deux groupes sous la base de l'âge, du type de psychose et du sexe.
Sunwoo et al. (2020)	1) Établir la prévalence de TSA dans la cohorte de jeunes présentant un PEP. 2) Établir les caractéristiques démographiques et cliniques du groupe TSA et PEP versus le groupe PEP seul. 3) Établir s'il y a des symptômes	N = 544 Âge=19, 5 ans. Dx : Ceux-ci présentent un désordre psychotique, et certains d'entre eux présentent un TSA.	Les résultats concernant la prévalence, les effets sur le fonctionnement, les données géographiques et les caractéristiques cliniques ont été établis à l'aide d'analyse statistique tels que le test-t et le chi-carré. Les associations entre les deux groupes ont été calculées en comparant le rapport des cotes avec un intervalle de confiance de 95 %. Le temps de rémission a été évalué avec un intervalle de 12 semaines.

Auteurs	Objectifs	Échantillon (N, âge, dx)	Méthodologie
	psychotiques associés au groupe PEP et TSA comparativement au groupe PEP. 4) Observer les symptômes et les impacts sur le fonctionnement du groupe PEP et TSA comparativement au groupe PEP seul.		
Zheng et al. (2019)	L'objectif est d'observer les traits autistiques d'un échantillon PEP et leur association avec le niveau de rétablissement de la personne, et ce, un an après l'épisode psychotique.	N= 180 Âge = environ 28 ans. Dx = Ils devaient avoir un diagnostic associé au spectre de la schizophrénie.	Tout d'abord, les chercheurs ont évalué le niveau de traits autistiques des participants à l'aide de l'outil Autism Spectrum Quotient (questionnaire auto-rapporté) et le Autism Spectrum Disorder in Adults Screening Questionnaire (complété par l'intervenant et la famille). Un an après leur engagement dans un programme pour premier épisode psychotique et au départ, les données sociographiques et cliniques ont été examinées. Pour ce faire, des entrevues semi-structurées, un logiciel contenant ces informations ont été examinés. Les outils tels que le positive and negative Syndrome Scale schizophrenia (PANSS) et Global Assessment of Functioning Scale (GAF) ont également permis de collecter des informations.
Davidson et al. (2014)	L'objectif de l'étude est de déterminer la prévalence de personnes ayant le syndrome d'Asperger dans un groupe de patients d'un	N=197 personnes. Âge =14 et 35 ans Dx = les personnes vivant un PEP.	L'étude se divise en trois phases. Tout d'abord, les intervenants pivots ont complété le Autism Spectrum Disorder in Adults Screening Questionnaire (ASDASQ) pour chacun des membres de leur charge de cas. Ils ont utilisé le seuil clinique de quatre. Pour les individus qui ont obtenu un résultat au-dessus du seuil clinique et qui

Auteurs	Objectifs	Échantillon (N, âge, dx)	Méthodologie
	service de premier épisode psychotique.		n'avaient pas de diagnostic (n = 30), leurs dossiers ont été examinés dans le but de déterminer s'ils étaient susceptibles d'avoir le trouble. Par la suite, ces personnes ont été invitées à une entrevue diagnostique (n = 13). Parmi l'échantillon, quatre avaient déjà un diagnostic d'Asperger et neuf au terme du processus avait un diagnostic d'autisme.

Tableau 2

Caractéristiques et descriptions des études et type d'intervention sélectionnée

Auteurs	Type d'étude et Objectifs	Échantillon (N, âge, dx)	Type d'intervention	Efficacité / retombées
Gelin et <i>al.</i> (2018)	Il s'agit d'une recension des écrits. Les auteurs veulent démontrer l'efficacité de la MTF sur la base des données présentes dans la littérature, et ce, sur différents troubles.	Dx = Schizophrénie et psychose	<i>Family psychoeducational model</i> (MTF) de McFarlane's. Cette approche comprend des interventions de type éducation et résolution de problème sur la communication et la réadaptation professionnelle et sociale. Elle a pour objectif de réduire l'intensité émotionnelle dans la famille. Elle comprend des thérapies de groupe pour les membres de la famille.	Cette intervention réduit les rechutes de 50 à 60 % (McFarlane, 2016 cité dans Gelin et <i>al.</i> , 2018). La thérapie familiale de McFarlane's est associée à une diminution des hospitalisations, une réduction des symptômes négatifs et une meilleure gestion des comportements dans le domaine social, dans les occupations quotidiennes, dans les déficits cognitifs et dans une meilleure perception de la qualité de vie (Dyck et <i>al.</i> , 2000, 2002; Hazel

Auteurs	Type d'étude et Objectifs	Échantillon (N, âge, dx)	Type d'intervention	Efficacité / retombées
Camacho-Gomez et Castellvi (2020)	Il s'agit d'une revue systématique de la littérature sur l'intervention familiale afin de cibler l'efficacité de l'intervention familiale pour prévenir le deuxième épisode psychotique et les rechutes.	N =14 études ont été incluses dans l'analyse. Âge = 16 à 40 ans Dx = PEP	Cette étude met en lien plusieurs types d'intervention familiale, dont des thérapies familiales de groupe et d'éducation sur la problématique, l'enseignement sur les stratégies de <i>copping</i> , des groupes de soutien pour les membres de la famille, ainsi que des groupes d'expression des émotions et des groupes axés sur la communication.	et <i>al.</i> , 2004; McDonell et <i>al.</i> , 2006; McFarlane, 2002; McFarlane et Deakins, 2002 cités dans Gelin et <i>al.</i> , 2018). L'étude suggère que l'intervention de type familiale est efficace pour réduire les taux de rechute, la durée d'hospitalisation, les symptômes psychotiques et pour augmenter le niveau de fonctionnement social de la personne vivant un PEP (Camacho-Gomez et Catellvi, 2020).
Allott et <i>al.</i> (2017)	Il s'agit d'une étude exploratoire. Le but est de décrire les observations cliniques et l'expérience pratique dans la prestation de la CAT et de cibler des mesures objectives qui renseigneront sur les résultats pour améliorer les résultats sur l'aspect professionnel.	N= 5 personnes Âge = 21,4 Dx = PEP	<i>Cognitive adaptation training</i> (CAT). Ce type d'intervention comprend une évaluation complète du fonctionnement cognitif, de l'environnement familial et du fonctionnement. Ensuite, des recommandations sont faites sur la base des évaluations permettant de créer un programme de CAT adapté au besoin de la personne. Cette intervention encourage la mise en place de stratégies qui sont revues et adaptées chaque semaine. Il peut s'agir de stratégies compensatoires, par exemple, un système d'alarme pour	Selon, Allott et <i>al.</i> il s'agit d'une approche de traitement qui peut être utile. Celles-ci favorisent le maintien et l'obtention de l'emploi. Cependant, leur conclusion ne peut être généralisée à l'ensemble de la population PEP compte tenu le petit nombre de l'échantillon et les nombreuses variables non contrôlées.

Auteurs	Type d'étude et Objectifs	Échantillon (N, âge, dx)	Type d'intervention	Efficacité / retombées
Brazo et al. (2009)	L'étude a pour objectif de démontrer les retombées de la thérapie cognitivo-comportementale (TCC) au fil des différents stades de la psychose.	N.D.	structurer une routine (Allot et al., 2017). La TCC comprend une multitude d'interventions qui s'appliquent aux différents stades de la psychose. L'approche s'applique de façon individuelle et familiale.	Dans les différentes phases de la psychose, la TCC a démontré des résultats concluants sur son traitement.
Srividya et Malla (2014)	Il s'agit d'une recension des écrits qui vise à décrire l'approche et à décrire les retombées de l'intervention.	N= Quatre études entre 50 et 547 personnes Âge = 18 et 45 ans Dx = Psychose et trouble du spectre de la schizophrénie	<i>L'Intervention précoce spécialisée (IP)</i> comprend deux particularités dans son intervention, un accès facile et rapide et un traitement adapté aux besoins de la personne aux stades de la psychose (Malla et Norman, 2001 cités dans Iyer et Malla, 2014).	L'article résume les résultats de quatre études qui comparent l'intervention précoce et les soins normaux. Les résultats démontrent que l'IP présente des taux de rechute et d'abandon plus bas que le traitement normal. L'étude démontre également une amélioration des mesures de fonctionnement social et professionnel, une meilleure qualité de vie et le respect de la médication. Il y avait de meilleurs résultats quant aux symptômes positifs et négatifs, des problèmes de consommation et le respect de la médication avec L'IP. Certaines données sont également soulevées apportant des nuances sur l'efficacité de l'IP.

Discussion

D'abord, la prestation de service offerte à la clientèle ayant un PEP est grandement documentée et étudiée partout dans le monde. Au Québec, un cadre de référence pour l'intervention précoce a été mis en place en dans le but d'assurer que l'offre de service soit homogène entre les différentes régions et que les établissements de santé respectent certaines normes de qualité (Delormes et *al.*, 2018). En ce sens, l'offre de service est balisée, précise et adaptée aux besoins et aux caractéristiques de la clientèle PEP.

Les lignes directrices concernant l'intervention pour les PEP favorisent la mise en place d'une intervention précoce, rapide et centrée sur le rétablissement. Elles recommandent également l'application de l'intervention de type familial, cognitivo-comportemental et d'appliquer des interventions visant la réinsertion au travail et en milieu scolaire. Globalement, comme décrit dans la partie résultats, ces interventions démontrent une efficacité sur le plan de la gestion des symptômes psychotiques, de la réadaptation, de la qualité de vie de la famille et de la prévention des rechutes psychotiques.

D'autre part, les principes de l'intervention précoce en psychose offerte au Québec permettent de donner une réponse rapide et adaptée au stade de la psychose dans le but de diminuer la durée de la psychose non traitée (DPNT). Il est démontré qu'une DPNT prolongée peut avoir des impacts négatifs sur les résultats cliniques (Perkins, Gu, Boteva et Lieberman, 2005; Marshall et al., 2005; Boonstra et *al.*, 2012 cités dans Malla et Iyer, 2014). Ainsi, cela justifie la rapidité de la prise en charge de ceux qui y sont affectés.

Les services en PEP s'assurent également d'avoir des intervenants formés en fonction des différents défis et des lignes directrices prescrites par le guide tel que l'employabilité, les problèmes de consommations et l'intervention familiale et cognitive-comportementale. La formation spécifique des intervenants démontre l'expertise et la polyvalence de ces cliniques.

De par leur offre de service, les cliniques PEP offrent une intervention sur les différentes dimensions de prévention. Sur le plan de la prévention primaire, elle offre de la sensibilisation dans les milieux qui gravitent autour de population à risque. Par la suite, sur le plan de la prévention secondaire, elles offrent une prise en charge visant à détecter les symptômes de

psychose et une intervention adaptée au stade de celle-ci. Finalement, sur le plan de la prévention tertiaire, les équipes offrent une intervention soutenue à la clientèle en cas de psychose avérée (Défense nationale, 2020). Ces différents niveaux d'intervention permettent de toucher une grande partie de la population en fonction de leur besoin.

En ce sens, l'ensemble de ces éléments démontre la qualité de l'expertise en traitement pour les premiers épisodes psychotiques au Québec. Bien que l'intervention démontre des résultats convaincants, ces retombées positives ont été démontrées seulement sur une clientèle neurotypique. Effectivement, les études sur la clientèle PEP et TSA sont absentes.

Pourtant, les données permettent de constater que la psychose et les troubles associés au spectre de la schizophrénie sont fréquents auprès de la population TSA (Treise et *al.*, 2021 ; Sunwoo et *al.*, 2020 ; Davidson et *al.*, 2014). Les personnes ayant à la fois un TSA et un premier épisode psychotique présentent des particularités quant à leurs caractéristiques, et ce, comparativement au groupe PEP seul. Treise et *al.* (2021) soulèvent des différences intéressantes quant aux éléments déclencheurs de la psychose et aux symptômes associés aux idées de persécutions qui se maintiennent dans le temps. Plusieurs auteurs recommandent d'ajouter certaines particularités à l'intervention dans les programmes PEP afin de mieux répondre aux besoins de la clientèle. Ils proposent entre autres de mettre en place des interventions axées sur les habiletés sociales, d'accompagner les usagers dans les transitions de vie importantes, de former les intervenants et d'intégrer un protocole de dépistage du TSA dans leur programme et de créer un outil de dépistage à l'intention de la clientèle PEP-T (Treise et *al.*, 2021 ; Sunwoo et *al.*, 2020 ; Davidson et *al.*, 2014). En somme, Treise et *al.*, (2021) croient que ne pas prendre en considération les traits autistiques ou un potentiel diagnostique de TSA dans le traitement pourrait affecter les résultats, puisque les besoins spécifiques au TSA ne seraient pas pris en considération. En ce sens, les articles qui définissent le profil de la clientèle PEP-T permettent de constater que cette clientèle a un profil et des besoins uniques.

Le cadre de référence pour les programmes d'interventions pour premiers épisodes psychotiques (PIPEP) qui guide l'intervention au Québec aborde l'évaluation et le traitement des troubles concomitants tel que les troubles de la personnalité, la bipolarité et la dépendance aux substances. Ainsi, il est juste de constater que les équipes PEP prennent en considération le phénomène de comorbidité dans leur offre de service et chez la clientèle. Cependant, les lignes

directrices ne précisent pas de recommandations concernant l'intervention ou l'évaluation pour la clientèle PEP-T. En pratique, l'ensemble des cliniques faisant partie du regroupement de l'Association Québécoise des Programmes pour Premiers Épisodes Psychotiques (AQPPEP) en 2007 avait comme critère d'exclusion la déficience intellectuelle (DI). De plus, l'un de ces services refusait les personnes ayant un trouble envahissant du développement (L'Heureux, Nicole, Abdel-Baki, Roy, Gingras et Demers, 2007). De ce fait, le TSA est souvent associé à une déficience intellectuelle (DI) (APA, 2015). Ces critères d'exclusion pourraient donc être un obstacle à l'accessibilité des services spécialisés dans le traitement de la psychose pour la clientèle TSA et TSA-DI. D'ailleurs, certains critiquent l'intervention précoce pour son manque d'inclusion. Certains souhaiteraient que cette qualité d'intervention et l'étendue des ressources investies dans ces programmes soient profitables à un plus grand nombre de personnes (Carr, 2012, Fusar-Poli *et al.*, 2012 Fusar-Poli *et al.*, 2013, Hutton et Taylor, 2014, Mueser *et al.*, 2013 cités dans Srividva et Malla, 2014). Il est juste de croire que cette affirmation s'applique à cette clientèle.

Il est démontré que les personnes ayant un TSA présentent plusieurs caractéristiques singulières. Parmi celles-ci, on retrouve les critères diagnostiques tels que décrits dans le manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM-5) qui présente les principales manifestations cliniques de cette clientèle. Parallèlement à cela, il est démontré que les personnes ayant un TSA peuvent présenter des défis sur le plan des fonctions exécutives telles que la planification, la flexibilité cognitive, la mémoire de travail et l'inhibition (Fatima, 2019). Certaines théories permettent de mieux comprendre le fonctionnement de la personne autiste tel que la théorie de l'esprit qui réfère à la difficulté à inférer l'état mental d'autrui (Frith, 2003 cité dans Fatima, 2019). Tout comme le principe de la faible cohérence centrale, il s'agit d'un style de traitement de l'information différent, la personne comprend et analyse les éléments de façon individuelle plutôt que dans son ensemble (Fatima, 2019). Ces défis propres au TSA doivent être pris en compte dans l'offre de service. Les caractéristiques propres aux fonctions exécutives peuvent influencer la façon de la clientèle de comprendre le monde qui les entoure et leur capacité à créer une relation avec les autres. Elles pourraient affecter leur niveau de compréhension quant à la psychoéducation faite sur différents sujets de prévention ou bien sur la création du lien de confiance avec l'intervenant. Les cliniques PEP offrent un suivi de proximité basé sur le lien de confiance et un ensemble de services axés sur le rétablissement. Cette

approche devrait donc être combinée à une meilleure compréhension et maîtrise des caractéristiques TSA.

Le volet prévention et sensibilisation est grandement exploité dans les programmes pour premier épisode psychotique. Les cliniques PEP en partenariat avec les différents milieux qui travaillent auprès de personnes à haut risque de psychose y exécutent des activités de prévention. Étant une visée clinique de ce service, le volet prévention pour la clientèle TSA gagnerait à être davantage exploité. Comme mentionné par Treise et *al.* (2021), Sunwoo et *al.* (2020), Davidson et *al.* (2014) des outils permettant de dépister les TSA parmi les groupes PEP seraient à développer. Effectivement, le TSA serait sous diagnostiqué dans cette population. Dans un autre temps, certains critiquent la sensibilité des critères de sélection permettant de cibler les personnes à risque de psychose dans les programmes PEP. La clientèle TSA est plus à risque que la population générale de présenter un trouble associé au spectre de la schizophrénie. Il pourrait être pertinent de les considérer en premier plan en tant que personnes à haut risque de psychose (Treise et *al.*, 2021 ; Sunwoo et *al.*, 2020 ; Davidson et *al.*, 2014).

Les personnes ayant un TSA ont des besoins uniques. De plus, elles présentent un plus grand risque de psychose et leur profil se différencie de la clientèle PEP seul. Pourtant, les études et les données sur l'intervention auprès des personnes ayant un PEP et un TSA sont inexistantes dans la littérature scientifique. L'état des connaissances se limite à la description du phénomène. Cela semble avoir un impact direct sur la prestation de service dans les cliniques pour PEP.

Recommandations

Sur le plan pratique

Les services des CISSS en déficience intellectuelle, trouble du spectre de l'autisme et déficience physique (DI-TSA-DP) au Québec détiennent une expertise avec la clientèle TSA. D'un autre côté, les cliniques PEP ont l'expertise et les ressources nécessaires pour assurer un traitement de qualité quant à la psychose. En ce sens, il pourrait être favorable d'optimiser ces deux ressources gouvernementales et d'encourager la collaboration entre ces deux services dans le but d'offrir la meilleure qualité de service à la clientèle PEP-T. Depuis le 1er avril 2015, le projet de Loi 10 a permis la fusion de l'ensemble des services de soins de santé au Québec. Cette nouvelle disposition favorisera la collaboration entre ces deux services.

Étant donné que la clientèle TSA présente un risque de psychose plus élevé que la population générale, les organismes qui travaillent auprès de cette clientèle devraient être outillés pour dépister la présence de symptômes psychotiques ainsi que cibler les facteurs à risque de déclencher un épisode psychotique chez la clientèle. Concrètement, la recherche cible les stressors interpersonnels et les changements dans l'environnement comme étant de possibles déclencheurs propres à la clientèle PEP-T (Treise et *al.*, 2021).

Les cliniques PEP sont composées de psychiatres, ce qui permet de bénéficier de leur expertise rapidement. Cette ressource est essentielle pour permettre l'accès à une médication antipsychotique et réduire la durée de la psychose non traitée. En ce sens, les services en DI-TSA-DP auraient intérêt à développer des réflexes et des mécanismes qui facilitent l'accès à des consultations psychiatriques.

Les cliniques PEP pourraient ajouter et considérer les personnes avec un TSA comme étant une clientèle cible pour la prévention étant donné l'ampleur de la problématique chez la clientèle.

Sur le plan de la recherche

Plusieurs études démontrent l'efficacité de l'intervention de type familiale, de l'approche cognitive comportementale, de l'intervention précoce et de la réadaptation cognitive auprès des personnes vivant un PEP. Cependant, l'ensemble de ses approches n'a pas été testé auprès de la clientèle PEP-T. Ainsi, il serait pertinent de documenter l'effet et l'impact de ces interventions sur le rétablissement d'une clientèle qui présente un tel profil. Les personnes ayant une PEP et un

TSA présentent un profil et des besoins singuliers. En ce sens, il serait pertinent de développer et étudier des interventions propres à ceux-ci dans le but de leur permettre de bénéficier d'une qualité de service.

Ensuite, différencier les symptômes psychotiques des manifestations cliniques propres au TSA peut être un défi pour les cliniciens (Arraste-Gil, Martinex-Cengotiabengoa et Lopez-Pena 2010 ; Hare et Blackshaw, 2006 cités dans Davidson et *al.*, 2014). Cela entraîne des difficultés sur le plan du diagnostic. Ainsi, il serait pertinent de mieux définir le profil des TSA ayant un premier épisode psychotique en maintenant les recherches descriptives à ce sujet. Dans un deuxième temps, il pourrait être pertinent de développer des outils permettant de guider la réflexion clinique des équipes traitantes dans l'évaluation diagnostique. Plus précisément, les équipes devraient avoir des outils standardisés permettant de différencier les deux profils.

Conclusion

Les résultats du présent essai ont pu être affectés par la qualité des mots-clés utilisés pour la recherche documentaire. Effectivement, davantage de combinaisons de mots-clés auraient pu être exploitées dans le choix des articles touchant l'efficacité des interventions pour la clientèle vivant un PEP.

Cependant, le présent essai a permis de faire ressortir un besoin existant sur le plan de la pratique et de la recherche. Ainsi, l'analyse est pertinente et intéressante en regard des connaissances présentes dans les écrits scientifiques.

Globalement, l'offre de service pour les PEP est complète et adaptée au besoin de la clientèle. Les études faites sur les approches d'intervention démontrent l'efficacité de celles-ci. En contrepartie, cette expertise ne se reflète pas auprès de la clientèle TSA. Bien que cette clientèle ait des besoins et un profil unique, l'offre de service n'est pas adaptée pour celle-ci et très peu d'étude aborde cette réalité.

Références

- Allott, K. A., Killackey, E., Sun, P., Brewer, W. J. et Veilligan, D. I. (2017). Improving vocational outcomes in first-episode psychosis by addressing cognitive impairments using Cognitive Adaptation training. *IOS Press*, 56, 581-589.
- Binta Diallo, F., Rochette, L., Pelletier, E., Lesage, A., Noiseux, M., Rivard, M. et Beauchamp-Châtel, A. (2017). *Surveillance du trouble du spectre de l'autisme au Québec*. (Publication no 978-2-550-79621-3). https://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/publications/2310_surveillance_trouble_spectre_autisme.pdf
- Brazo, P., Simonet, M. et Dollfus, S. (2009). Approche cognitivocomportementale des patients présentant un premier épisode psychotique. *Annales Médico-Psychologiques*, 167, 158-166. <http://dx.doi.org.biblioproxy.uqtr.ca/10.1016/j.amp.2009.01.007>
- Camacho-Gomez, M. et Castellvi, P. (2020). Effectiveness of family intervention for preventing relapse in first-episode psychosis until 24 months of follow-up: A systematic review with meta-analysis of randomized controlled trials. *Schizophrenia Bulletin*, 46 (1), 98-109. <http://dx.doi.org.biblioproxy.uqtr.ca/10.1093/schbul/sbz038>
- Chisholm, K., Pelton, M., Duncan, N., Kidd, K., Wardenaar., K. J., Uptegrove, R., Broome, M.R., Lin, A. et Wood, S. J. (2019). A cross-sectional examination of the clinical significance of autistic traits in individuals experiencing a first episode of psychosis. *Psychiatry Research*, 282, 1-8. <http://dx.doi.org.biblioproxy.uqtr.ca/10.1016/j.psychres.2019.112623>
- Craig, T., Garety, P., Power, P., Rahaman, N., Colbert, S., Fornells-Ambrojo, M. et Dunn, G. (2004). The Lambeth early onset (LEO) Team: randomised controlled trial of the effectiveness of specialised care for early psychosis. *BMJ*, 329 (7474), 1-5. <http://dx.doi.org.biblioproxy.uqtr.ca/10.1136/bmj.38246.594873.7C>
- Davidson, C., Greenwood, N., Stansfield, A. et Wright, S. (2014). Prevalence of asperger syndrome among patients of an Early intervention in Psychosis team. *Early Intervention in Psychiatry*, 8, 138-146. <http://dx.doi.org.biblioproxy.uqtr.ca/10.1111/eip.12039>
- Défense Nationale. (2020). *La voie vers la dignité et le respect, la stratégie d'intervention des FAC en matière d'inconduite sexuelle*. (Publication no 978-0-660-35331-9). <https://www.canada.ca/fr/ministere-defense-nationale/organisation/rapports-publications/la-voie-vers-la-dignite-et-le-respect.html>
- Delorme, A., Lepage, J., Caron, C., Arbour, M., Bélanger, S., Brassard, A-L., Duhamel, M., Fex, M., Murray, W., Simard, R., Steffen, C., Abdel-Baki, A., Bossé, A., Delfosse, C., Gingras, N., Groulx, A., Gilbert, M., Jackson, O., Lebrun, É... Vézina, J. f. (2018). *Cadre de référence programmes d'interventions pour les premiers épisodes psychotiques (PIPEP)*. (Publication no 978-2-550-81930-1). <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2018/18-914-12W.pdf>

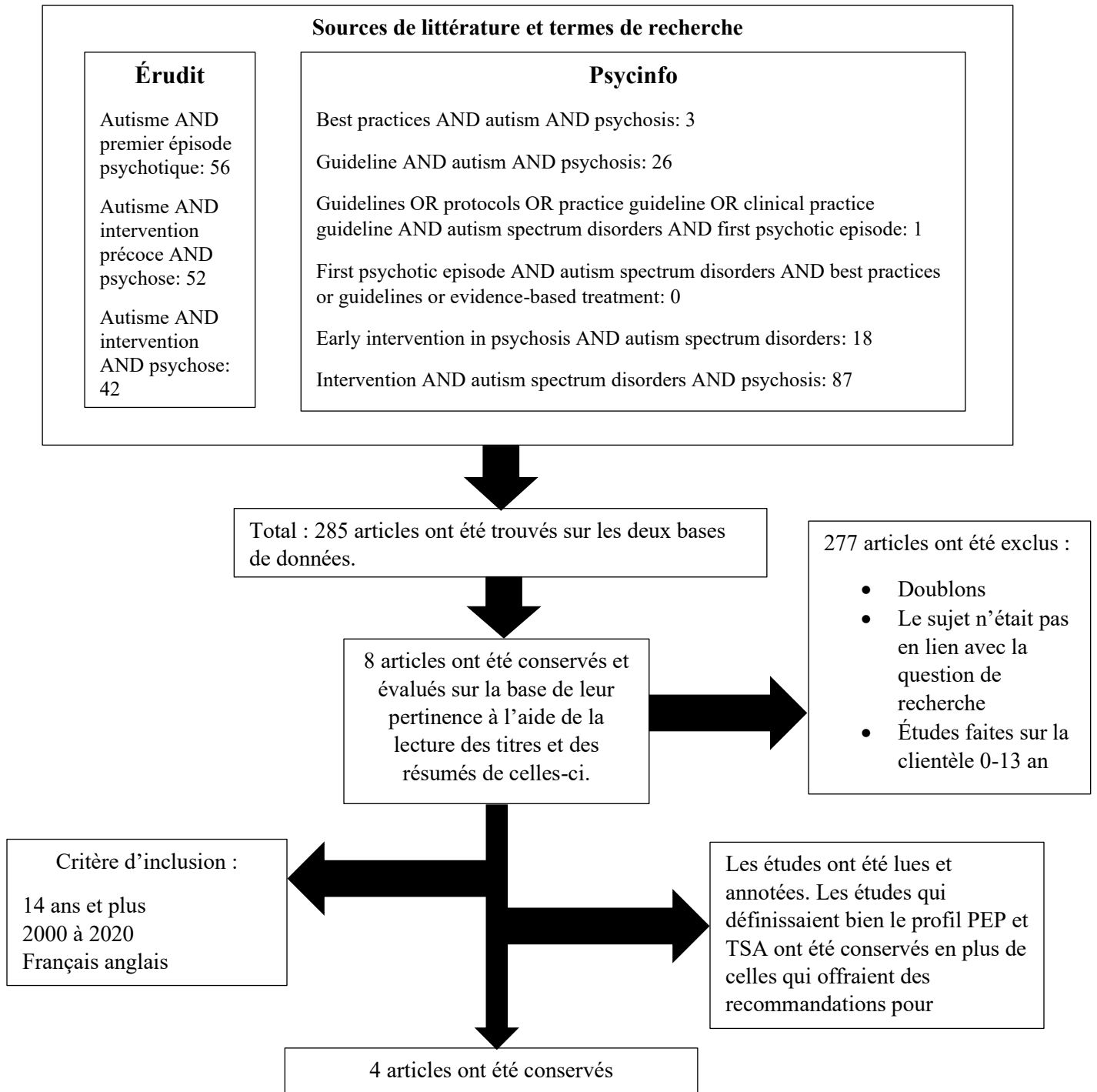
- Fatima, S. (2019). *Exécutive dysfunctions in autism spectrum disorders*. Dans A. Ardila, S. Fatima, et M. Rosselli (dir.). *Dysexecutive syndromes clinical and experimental perspectives* (1^e éd., vol. 2, p. 61-69). Springer Netherlands.
<http://dx.doi.org.biblioproxy.uqtr.ca/10.1007/978-3-030-25077-5>
- Gelin, Z., Cook-Darzens, S. et Hendrick, S. (2018). The evidence base for multiple family in psychiatric disorders: A review (part 1). *Journal of Family Therapy*, 40(3), 302-325.
<http://dx.doi.org.biblioproxy.uqtr.ca/10.1111/1467-6427.12178>
- Gouvernement du Canada. (2018). *Trouble du spectre de l'autisme chez les enfants et les adolescents au Canada 2018*. (Publication no 978-0-660-25295-7).
<https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/publications/maladies-et-affections/trouble-spectre-autisme-enfants-adolescents-canada-2018.html>
- Kovshoff, C., Brown, H., Abbott, P. et Hadwin, J. A. (2019). Exploring the anxiety and depression profile in individuals diagnosed with an autism spectrum disorder in adulthood. *Research in Autism Spectrum Disorders*, 58, 1-8.
<http://dx.doi.org.biblioproxy.uqtr.ca/10.1016/j.rasd.2018.11.002>
- Kuipers, E., Holloway, F., Rabe-Hesketh, S. et Tennakoon, L. (2004). An RCT of early intervention in psychosis: Croydon Outreach and Assertive Support Team (COAST). *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 39, 358-363.
<http://dx.doi.org.biblioproxy.uqtr.ca/10.1007/s00127-004-0754-4>
- L'heureux, S., Nicole, L., Abdel-Baki, A., Roy, M-A., Gingras, N. et Demers, M-F. (2007). Améliorer la détection et le traitement des psychoses débutantes au Québec : L'association québécoise des programmes pour premiers épisodes psychotiques (AQPPEP) y voit. *Santé mentale au Québec*, 32(1), 299-315. <https://doi-org.biblioproxy.uqtr.ca/10.7202/016522ar>
- Leyfer, O.T., Folstein, S.E., Bacalman, A., Davis, N.O., Dinh, E., Morgan, J., Tager-Flusberg, H. et Lainhart, J.E. (2006). Comorbid psychiatric disorders in children with Autism: Interview development and rates of disorders. *Journal Autism Developpement Disorder*, 36 (7), 849-861. <http://dx.doi.org.biblioproxy.uqtr.ca/10.1007/s10803-006-0123-0>
- Malla, A. et Iyer, S. (2014). Intervention précoce pour la psychose : concepts, connaissances actuelles et orientations futures. *Santé mentale au Québec*, 39 (2), 201-229. <https://doi-org.biblioproxy.uqtr.ca/10.7202/1027840ar>
- Morin, M.P. (2015). *S'adapter lors du premier épisode psychotique d'un jeune adulte : perspectives nouvelles pour l'intervention familiale et les pratiques collaboratives dans le domaine social en santé mentale* [Thèse de doctorat, Université Laval]. CorpusUL.
<https://corpus.ulaval.ca/jspui/bitstream/20.500.11794/25735/1/31070.pdf>
- Treise, C., Simmons, C., Marshall, N., Painter, M. et Perez, J. (2021). Autism spectrum disorder in early intervention in psychosis services: implementation and findings of a 3-step screening and diagnostic protocol. *Journal of Psychiatric Practice*, 27(1), 23-32.
<http://dx.doi.org.biblioproxy.uqtr.ca/10.1097/PRA.0000000000000525>

- Trépanier, J-P., St-Denis, A., Blais, E., Rabhi, K., Chrétien, S., Dufour, C., Duval, E. et Lu, S. (2018). *Les troubles du spectre de l'autisme (TSA) à Laval, Prévalence et incidence du TSA pour la population de 1 à 24 ans*. (Publication no 978-2-550-82734-4). https://www.lavalensante.com/fileadmin/internet/ciiss_laval/Documentation/Sante_publicue/Profils_et_portraits/Portraits/Portrait_du_TSA_Laval_FINAL.pdf
- Crocq, M.-A., Guelfi, J. D. et American Psychiatric Association. (2015). *DSM-5 : manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux* (5^e éd). American psychiatric publishing.
- Seltzer, M.M., Wyngaarden Krauss, M., Shattuck, P. T., Orsmond, G., Swe, A. et Lord, C. (2003). The symptoms of Autism Spectrum Disorders in adolescence and adulthood. *Journal of Autism and Developmental Disorder*, 33(6), 565-581. <http://dx.doi.org.biblioproxy.uqtr.ca/10.1023/B:JADD.0000005995.02453.0b>
- Simonoff, E., Pickles, A., Charman, T., Chandler, S., Loucas, T. et Baird, G. (2008). Psychiatric disorder in children with Autism Spectrum Disorders: prevalence, comorbidity, and associated factors in a population-derived sample. *Am, ACAD. Child adolesc. Psychiatry*, 47(8), 921-929. <http://dx.doi.org.biblioproxy.uqtr.ca/10.1097/CHI.0b013e318179964f>
- Sunwoo, M., O'Connell, J., Brown, E., Lin, A., Wood, j.J., McGorry, P. et O'Donoghue, B. (2020). Prevalence and outcomes of young people with concurrent autism spectrum disorder and first episode of psychosis. *Schizophrenia Research*, 216, 310-315. <http://dx.doi.org.biblioproxy.uqtr.ca/10.1016/j.schres.2019.11.037>
- Upthegrove, R., Abu-Akel. A., Chisholm. K., Lin, A., Zahid. S., Pelton, M., Apperly, I., Hansen, P.C. et Wood. E.J. (2018). Autism and psychosis: Clinical implications for depression and suicide. *Schizophrenia Research*, 195, 80-85. <http://dx.doi.org.biblioproxy.uqtr.ca/10.1016/j.schres.2017.08.028>
- Zheng, S., Chian Chua, Y., Tang, C., Tan, G., Abdin, E., Qi Lim, V., Shiyun Koh, A., Verma, S. et Magiati, I. (2019). Autistic traits in first-episode psychosis: rates and association with 1-year recovery outcomes. *Wiley*. <http://dx.doi.org.biblioproxy.uqtr.ca/10.1111/eip.13021>

Appendice A1 Flow-Chart

Figure A1

Flow-Chart de la revue de la littérature « Intervention, Trouble du spectre de l'autisme et premier épisode psychotique »



Appendice A2

Flow-Chart

Figure A2

Flow-Chart de la revue de la littérature « Efficacité des interventions de type familiale, cognitivo-comportementale, réadaptation cognitive et intervention précoce »

