**NOTE DE
CADRAGE**

Repérage et prise en charge des personnes présentant un premier épisode psychotique ou un risque d'évolution vers une psychose

Adoptée par le Collège le 9 juillet 2025

Date de la saisine : 20 novembre 2024 **Demandeur** : Auto-saisine

Service(s) : SBP

Personne(s) chargée(s) du projet : Sonia Dollfus, Amélie Prigent et Morgane Le Bail

1. Présentation et périmètre

1.1. Demande

Ce travail est une auto-saisine de la HAS, qui s'inscrit dans le cadre du thème « troubles schizophréniques et troubles bipolaires » de son [programme « santé mentale et psychiatrie » 2025-2030](#).

1.2. Contexte

Un premier épisode psychotique (PEP) ou un haut risque d'évolution vers une psychose (HRP) concernent essentiellement l'adolescent et le jeune adulte mais peuvent survenir à tout âge (1, 2). La délimitation entre ces deux entités, parfois délicate, repose, entre autres, sur la sévérité (plus importante dans le cas d'un PEP) et la durée des symptômes psychotiques, les troubles du comportement associés ainsi que sur le niveau d'altération du fonctionnement (notamment dans le

domaine de l'adaptation sociale, scolaire, universitaire ou professionnelle). Ainsi, les états HRP et les PEP se manifestent par des tableaux cliniques hétérogènes, la sévérité des symptômes n'étant pas à elle seule suffisante pour les délimiter. De plus, les évolutions d'un état HRP ou d'un PEP sont variées. Un PEP peut évoluer vers une rémission complète ou être annonciateur d'une affection psychiatrique, comme un trouble schizophrénique ou un trouble bipolaire. Un état HRP peut évoluer vers un PEP (lors d'une transition psychotique) et suivre alors la même trajectoire que celui-ci. Mais un état HRP peut aussi évoluer vers une rémission complète, un trouble de la personnalité, ou toute autre affection psychiatrique (troubles anxieux ou dépressifs notamment).

Compte-tenu du fait que ces deux états (HRP et PEP) peuvent avoir des présentations cliniques, des évolutions et des prises en charge distinctes, les recommandations devront être adaptées à chacun d'entre eux.

1.2.1. Données épidémiologiques

Des expériences psychotiques sont rapportées en moyenne par 7,2 à 14% (3, 4) des populations étudiées.

Selon Schultze-Lutter et al. (4), un état HRP est identifié chez 2,4 % des personnes âgées de 16 à 40 ans. Parmi les personnes présentant un état HRP, il a été estimé qu'environ 27 % développeront un premier épisode psychotique dans les 2 ans (environ 30% au-delà de 3 ans) (5). Le risque de transition vers une psychose dans les 2 ans a été évalué à environ 12 % chez les enfants et adolescents¹ (environ 16% au-delà de 5 ans) (6).

L'incidence d'un PEP est variable selon les études et a été estimée entre 14 et 34 pour 100 000 personnes (7-10).

Durant un état HRP (ou une période dite prodromique lorsqu'elle évolue vers un PEP), qui peut durer des mois voire des années, la personne présente des symptômes non spécifiques (tels que des troubles du sommeil, des symptômes anxieux et/ou dépressifs), souvent une altération du fonctionnement, ainsi que des symptômes psychotiques atténués ou transitoires (2, 11, 12). L'identification des personnes à ce stade permet d'instaurer des interventions préventives (13). Des résultats de méta-analyses suggèrent que les interventions précoces peuvent réduire les taux de transition vers une psychose, notamment chez les adultes (14-16). Une atténuation des symptômes positifs² à 12 mois a également été identifiée (15), mais sans effets statistiquement significatifs en termes de devenir fonctionnel (14, 15), d'amélioration des symptômes négatifs³ et de qualité de vie (15). Chez les enfants et adolescents, Frearson et al. n'ont pas identifié de diminution des taux de transition vers une psychose mais ont mis en évidence une amélioration des symptômes positifs et négatifs ainsi qu'une amélioration du fonctionnement (17).

Le repérage et la prise en charge des personnes présentant un PEP sont aussi importants. Celui-ci survient au décours d'une phase prodromique ou plus brutalement, sans être alors nécessairement précédé de symptômes prodromiques. Une association statistiquement significative a été identifiée entre une plus longue durée de psychose non traitée (définie comme le délai entre le début d'un PEP et la mise en place d'un traitement) et une plus grande sévérité des symptômes positifs et négatifs, un moindre niveau de fonctionnement social et une moindre amélioration des symptômes (sur une durée de suivi moyenne de 8 ans) (18).

¹ ≤ 18 ans.

² Les symptômes positifs comprennent des symptômes délirants, hallucinatoires et de désorganisation de la pensée.

³ Les symptômes négatifs comprennent un émoussement affectif, un retrait social, une alogie, une anhédonie et une avolition.

1.2.2. Etats des lieux des pratiques et organisation de la prise en charge

Les approches actuelles s'appuient sur des stratégies multidimensionnelles combinant identification précoce, interventions spécialisées et accompagnement personnalisé. Cet état des lieux explore les pratiques et l'organisation des dispositifs de prise en charge des PEP et des états HRP en France et à l'étranger. Plusieurs recommandations de bonnes pratiques concernant cette problématique ont été publiées à l'international (cf. annexe 1).

Repérage précoce et accès aux soins

Le repérage des personnes présentant un PEP est facilité lorsque les personnes présentent des symptômes psychotiques avérés (hallucinations auditives et/ou délire et/ou désorganisation de la pensée et du comportement) ; il vise notamment à limiter la durée de psychose non traitée et les conséquences négatives des symptômes sur la vie quotidienne des personnes concernées.

Ce repérage est plus complexe chez une personne présentant un état HRP (ou un stade prodromique) avec des symptômes psychotiques atténués et durables ou intenses sur de brèves périodes (24 heures ou moins). Dans ces cas, ce repérage peut s'appuyer sur l'utilisation de critères cliniques spécifiques, tels que ceux définis par l'outil CAARMS (*Comprehensive assessment of at-risk mental states*) (19), traduit en français (20), ou la SIPS (*Structured interview for prodromal syndromes*) (21). Une alternative est de rechercher des « symptômes basiques » (22), qui sont des perturbations subtiles, auto-expérimentées dans les domaines émotionnels, perceptifs et cognitifs (interférence de la pensée, perturbation de la compréhension du langage, expériences de déréalisation, perturbations perceptuelles par exemple) et qui peuvent être évalués avec le SPI-A/SPI-CY (*Schizophrenia proneness instrument - adult or child and youth version*) (23, 24).

D'autres instruments basés sur l'autoévaluation ont également été développés. Par exemple, le *Prodromal questionnaire* à 16 items (PQ-16) (25) et l'échelle d'auto-évaluation des symptômes négatifs (SNS) (26) ont permis de détecter des symptômes positifs et négatifs au sein de populations qui n'étaient pas en recherche de soins (27, 28).

Dans plusieurs pays, des programmes spécialisés ont été mis en place pour un repérage et une prise en charge précoces, comme :

- *Early psychosis prevention and intervention centre* (EPPIC) en Australie (29) ;
- *Early intervention in psychosis services* (EIPS) en Italie (30) ;
- *Lambeth early onset crisis assessment team* au Royaume-Uni (31) ;
- *North american prodrome longitudinal study* (NAPLS) aux États-Unis et au Canada (32) ;
- Le programme *OPUS* au Danemark (33).

Depuis, des équipes spécialisées dévolues à cette problématique se sont développées dans de nombreux pays (34), y compris en France (35).

Approches thérapeutiques et accompagnement

Les interventions psychologiques sont variées (36). Parmi les approches les plus utilisées, figurent :

- les thérapies cognitivo-comportementales (TCC), qui ont été identifiées par Mayer et al. comme étant associées à une réduction des symptômes dépressifs et des expériences psychotiques lors des PEP (37) et par Zheng et al. comme étant associés à une réduction du risque de transition psychotique et des symptômes psychotiques atténués chez les personnes présentant un état HRP, sans effets identifiés en termes fonctionnement, qualité de vie, dépression et souffrance (38) ;
- la remédiation cognitive, qui vise une amélioration des déficits cognitifs présents dès les stades précoces de psychose (39) ;

- les programmes psychoéducatifs et interventions familiales, qui permettent d’informer les patients et les proches et de favoriser un environnement soutenant (40-42).

Les antipsychotiques sont prescrits avec prudence dans le cadre des psychoses émergentes (43). Leur utilisation est controversée chez les jeunes à HRP ; elle est à éviter pour le *National institute for clinical excellence* (NICE) (44) mais envisageable chez l’adulte selon d’autres recommandations (14, 45). Selon l’analyse de cinq recommandations internationales réalisée par Di Lisi et al., la place des antipsychotiques dans la prise en charge des personnes à HRP reste débattue (46), impliquant une approche individualisée avec des doses minimales pour limiter les effets secondaires. Certains essais cliniques suggèrent que des traitements alternatifs, comme les oméga-3, peuvent retarder l’apparition d’une psychose (47) mais ces résultats sont controversés (48).

Les programmes d’accompagnement social et de réinsertion peuvent inclure :

- le soutien scolaire et professionnel, afin de limiter le désinvestissement académique et professionnel des jeunes (49-51) ;
- la pair-aidance, qui permet de proposer à toute personne le souhaitant, au cours de sa prise en charge, une possibilité de soutien global d’un tiers ayant connu ou connaissant la même situation et ayant acquis un savoir expérientiel (52, 53).

L’existence de comorbidités est aussi fréquente, tels que des troubles anxiodépressifs et addictions (13) ; leur prise en charge est également importante.

Utilisation des outils numériques

La littérature sur l’usage des technologies numériques dans la prise en charge des psychoses en phase précoce a été décrite comme restreinte mais en forte croissance, avec un potentiel d’amélioration attaché à l’usage de ces technologies en termes de suivi et de prises en charge (54). Les applications mobiles (e.g. suivi des symptômes ; contenus thérapeutiques interactifs ; *case management* sous la forme de plans de crise) ont été globalement associées à des résultats positifs en termes de faisabilité et d’acceptabilité, un engagement et un intérêt des personnes concernées étant rapportés (54-56). Les données relatives à l’efficacité clinique des applications ont, dans le cadre de la prise en charge d’un PEP, été décrites comme pour l’instant limitées (56).

Organisation des soins et freins à la mise en place de soins précoces

Une importante diversité des dispositifs dédiés à l’intervention précoce a été identifiée : en termes d’organisation des services (intégration ou non aux services de soins de santé mentale en ambulatoire, types de professionnels impliqués) ; de stratégies d’information, de sensibilisation et d’acteurs à l’origine de l’orientation ; de caractéristiques de la population cible (classes d’âges concernées, outils d’évaluation mobilisés, etc.) ; de types d’interventions proposées (suivi clinique, TCC, traitements médicamenteux, psychoéducation, *case management*, interventions familiales, etc.) et de critères d’évaluation mobilisés (persistance des symptômes, transition vers une psychose, etc.) (34).

Williams et al. ont étudié les effets des différentes composantes de ces dispositifs sur la base de 37 essais cliniques identifiés *via* une analyse de la littérature. Les résultats suggèrent notamment que les interventions psychologiques permettent une diminution des symptômes négatifs à trois mois de suivi, et que le *case management* est associé à une diminution des symptômes positifs et négatifs à un an de suivi (57). Les prises en charge par des équipes spécialisées dans l’intervention précoce (par rapport aux prises en charge en équipes non spécialisées) seraient associées à une amélioration de l’engagement des patients dans les soins de santé mentale et de la satisfaction vis-à-vis de ces soins (58).

Les interventions précoces dévolues aux jeunes patients présentant un état HRP ou un PEP se sont considérablement développées en France depuis quelques années (35). 67 dispositifs de ce type ont

été identifiés en 2024. Parmi les 40 dispositifs ayant participé à une enquête visant à étudier « l'accès aux soins et la prise en charge des psychoses émergentes », 27 s'articulaient autour d'une équipe mobile et 35 étaient des dispositifs intersectoriels. Les principaux acteurs à l'origine de l'orientation étaient les secteurs de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent et de psychiatrie de l'adulte, les services d'urgences, les familles et les psychiatres libéraux. Les établissements scolaires et universitaires, la médecine générale, les maisons des adolescents (MDA), les missions locales et le secteur de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent faisaient partie des acteurs considérés comme étant « à impliquer davantage ». Les suivis étaient décrits comme s'effectuant majoritairement sur deux ou trois ans et les orientations de fin de suivi se faisaient notamment vers les centres médico-psychologiques (CMP), les psychiatres libéraux et les centres de réhabilitation psychosociale (35).

L'article 69 de la loi de modernisation de notre système de santé (LMSS) prévoit par ailleurs que des projets territoriaux de santé mentale (PTSM)^{4, 5, 6} soient élaborés et mis en œuvre dans un objectif d'« amélioration continue de l'accès des personnes concernées à des parcours de santé et de vie de qualité, sécurisés et sans rupture », notamment par une meilleure coordination de l'ensemble des acteurs. L'organisation des conditions du repérage précoce des troubles psychiques, de l'élaboration d'un diagnostic et de l'accès aux soins figure parmi les priorités des PTSM, qui sont définis sur la base d'un diagnostic territorial partagé, établi par les acteurs de santé du territoire en vue d'identifier « les insuffisances dans l'offre de prévention et de services sanitaires, sociaux et médico-sociaux et dans l'accessibilité, la coordination et la continuité de ces services, et de préconiser des actions pour y remédier. »

Plusieurs freins à l'accès aux soins des personnes présentant un état HRP ou un PEP ont été identifiés, pouvant conduire à une entrée dans les soins par le biais de passages aux urgences et/ou d'hospitalisations perçues comme évitables (35, 59), parmi eux :

- un manque de connaissances des jeunes et de leurs proches sur la symptomatologie de la psychose et sur les options thérapeutiques (60) ;
- des difficultés rapportées par les jeunes et leurs proches pour se repérer dans le système de soins et trouver les services adaptés (étapes multiples et complexité du processus d'adressage) (59) ;
- des difficultés dans l'accessibilité géographique aux soins spécialisés dans certaines régions, en particulier les zones rurales (61) ;
- la perception d'une inadéquation entre les besoins des patients et les ressources proposées : heures d'ouvertures des services dédiés à la crise, courtes durées des consultations, manque de continuité dans les soins, « patients obligés de raconter continuellement leurs histoires », délais d'attente (59) ;
- la stigmatisation/l'auto-stigmatisation des troubles psychiques (60, 62) ;
- un manque de formation des professionnels à la détection des troubles (médecine scolaire et universitaire, médecine générale, professionnels des MDA, etc.) (35).

1.3. Enjeux

Le repérage et la prise en charge des personnes présentant un état HRP ou un PEP sont des enjeux majeurs qui touchent plusieurs dimensions : de santé publique, éthique, sociétale, économique et organisationnelle.

⁴ [Loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé.](#)

⁵ [Décret n° 2017-1200 du 27 juillet 2017 relatif au projet territorial de santé mentale.](#)

⁶ [Instruction n° DGOS/R4/DGCS/3B/DGS/P4/2018/137 du 5 juin 2018 relative aux projets territoriaux de santé mentale.](#)

1.3.1. Enjeux de santé publique

L'Organisation mondiale de la santé (OMS) considère les troubles psychotiques comme une priorité de santé publique, notamment dans le cadre de son *Mental health gap action programme* (mhGAP) 2013-2030 (63).

Le repérage des personnes présentant un état HRP ou un PEP s'inscrit ainsi dans une politique de prévention visant à limiter les conséquences négatives de la maladie sur la vie des personnes concernées, leurs proches et pour la société.

Dans cet objectif, la durée de psychose non traitée est un indicateur clé : un retard dans l'accès aux soins est associé à un moins bon pronostic clinique et à une altération des capacités fonctionnelles des personnes concernées (18). L'un des enjeux est ainsi de réduire cette durée en facilitant l'accès à une évaluation et aux soins dès les premiers signes d'alerte.

L'apparition d'un état HRP ou d'un PEP à un jeune âge perturbe également le parcours éducatif et l'insertion professionnelle, l'accès à l'emploi étant plus difficile pour les personnes souffrant de troubles psychotiques qu'en population générale (64). Un repérage précoce et un accompagnement adapté (soutien à l'emploi, formation) peuvent améliorer l'insertion et réduire le risque de marginalisation.

1.3.2. Diminution de la stigmatisation, enjeux éthiques et droits des personnes

Diminution de la stigmatisation

Les troubles psychiques, et notamment les troubles psychotiques, restent fortement stigmatisés, ce qui empêche de nombreuses personnes et leurs proches de recourir au système de soins dès l'apparition de premiers signes. Des campagnes de sensibilisation, comme celles menées par Santé publique France ou par le biais d'autres sites internet délivrant une information grand public, visent à changer le regard de la société sur la santé mentale et les troubles psychiques. Cet enjeu de sensibilisation des personnes concernées, de leurs proches mais aussi des différents professionnels avec lesquels ils sont en contact reste essentiel pour que les personnes présentant de premiers signes de troubles psychotiques recourent au système de soins.

Consentement et autonomie de la personne concernée

L'identification d'un état HRP ou d'un PEP soulève des questions éthiques liées au consentement aux soins. En effet, de nombreuses personnes ne perçoivent pas l'importance de prendre en compte les premiers signes de troubles psychotiques, ce qui complique leur orientation vers les soins. Respecter les choix et l'autonomie de la personne concernée tout en proposant une prise en charge adaptée si elle est nécessaire constitue ainsi un défi majeur pour les professionnels de santé.

Risques de sur-diagnostic

Le repérage précoce repose sur des outils d'évaluation qui permettent d'identifier les personnes à HRP. Cependant, les rémissions ont été identifiées comme fréquentes à 30 mois chez les personnes présentant un état HRP (65). Dans ce contexte d'incertitude en termes d'évolution des symptômes, le repérage précoce peut conduire à un sur-diagnostic et à une médicalisation excessive. Il est ainsi essentiel de trouver un équilibre entre repérage/prise en charge précoce et risque de sur-diagnostic.

1.3.3. Enjeux économiques

Une étude conduite au Royaume-Uni a conclu que la mise en œuvre d'interventions précoces⁷ pour les personnes faisant l'expérience d'un PEP permettrait, sur une période de 10 ans, d'économiser au moins 15 Livres pour chaque Livre investie, en tenant compte notamment des gains futurs pour le système de santé (incluant les gains en termes de diminution des hospitalisations) et des effets positifs en termes d'accès à l'emploi et de moindres taux de suicides (66).

Plus récemment, une étude menée en Espagne a montré qu'un programme d'intervention précoce s'adressant à des personnes faisant l'expérience d'un PEP était associé à des coûts directs et indirects plus faibles que ceux d'une prise en charge standard au terme d'un suivi de 7 ans (après avoir été légèrement plus élevés au cours de la première année) (67).

1.3.4. Enjeux organisationnels

Une orientation vers les soins puis une prise en charge optimale des personnes présentant un état HRP ou un PEP nécessite une coordination, actuellement insuffisante, entre différents acteurs :

- les acteurs intervenant en amont de la prise en charge des états HRP et des PEP (repérage de premiers symptômes psychotiques et orientation vers le système de santé) : proches, médecins généralistes, professionnels des MDA, professionnels des services d'urgences (adultes et pédiatriques), acteurs de santé du système éducatif, professionnels de l'aide sociale à l'enfance (ASE), de la protection judiciaire de la jeunesse (PJJ) et des structures d'addictologie (dont les consultations jeunes consommateurs (CJC)), acteurs de la santé au travail notamment ;
- les professionnels de santé intervenant dans l'évaluation et les soins proposés aux personnes concernées : médecins généralistes, psychiatres d'adultes, psychiatres de l'enfant et de l'adolescent, infirmiers, psychologues, assistants de service social, éducateurs en équipe de psychiatrie notamment ;
- Les professionnels intervenant en aval de la prise en charge des états HRP et PEP : psychiatres libéraux, professionnels des services de psychiatrie, médecins généralistes, acteurs de santé du système éducatif, acteurs de la santé au travail, professionnels du secteur social (assistants de service social, professionnels du logement [logement social, etc.] et de l'insertion par l'emploi notamment).

Au-delà d'une nécessaire coordination entre l'amont d'un suivi, le suivi lui-même et son aval, la coordination entre les acteurs impliqués dans l'évaluation et les soins proposés aux personnes concernées est un enjeu majeur pour améliorer le parcours de soins (coordination entre psychiatrie de l'adulte et psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent mais également coordination entre les structures de psychiatrie et les autres acteurs de santé).

L'appropriation des recommandations tant par les acteurs de la psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent que par les acteurs de la psychiatrie de l'adulte constitue également un enjeu majeur, dans un objectif d'amélioration des parcours et de leur continuité.

Enfin, l'intégration des technologies numériques dans les modalités de repérage et de prises en charge constitue un autre enjeu potentiel, l'usage de la télémédecine et des applications mobiles de suivi psychiatrique étant susceptibles d'améliorer l'accès aux interventions et le suivi des patients.

⁷ Dans le cadre de cette étude, la définition retenue pour une intervention précoce est basée sur celle de d'équipe Lambeth Early Onset (LEO), à savoir une équipe de professionnels de santé mentale, incluant un psychiatre ayant une fonction de consultant, des psychiatres en cours de formation, des psychologues cliniciens, des infirmiers en psychiatrie et des assistants en santé (*health care assistants*). Les personnes ont accès aux services de soins 365 jours par an, les soins incluant de faibles doses d'antipsychotiques atypiques, des TCC, du conseil aux familles et de l'accompagnement à l'insertion professionnelle (*vocational therapies*).

1.4. Cibles

La recommandation concerne :

- les professionnels impliqués dans le repérage, l'évaluation et la prise en charge des personnes présentant un état HRP ou un PEP : médecins généralistes ; psychiatres d'adultes, psychiatres de l'enfant et de l'adolescent, psychologues, infirmiers, éducateurs et assistants de service social en équipe de psychiatrie ; professionnels des services d'urgences (adultes et pédiatriques) ; professionnels des MDA ; acteurs de santé du système éducatif ; professionnels des structures d'addictologie (dont les CJC) ; acteurs de la santé au travail et professionnels du secteur social (ASE, PJJ, logement et insertion par l'emploi) ;
- les personnes concernées et leurs proches ;
- les associations de personnes concernées et de proches.

1.5. Objectifs

Élaborer des recommandations de bonnes pratiques pour :

- ➔ aider les personnes, leurs proches et les professionnels concernés (médecins généralistes, professionnels des MDA, professionnels des services d'urgences, acteurs de santé du système éducatif, professionnels des structures d'addictologie, de l'ASE et de la PJJ et acteurs de la santé au travail) à :
 - repérer les signes évocateurs d'un état HRP ou d'un PEP ;
 - orienter la personne concernée et ses proches dans le système de soins ;
- ➔ faciliter le recours et l'accès aux soins de la personne concernée ;
- ➔ aider les professionnels de la psychiatrie (psychiatrie adulte et psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent) vers lesquels une personne a été orientée pour des symptômes évocateurs d'un état HRP ou d'un PEP à :
 - conduire une évaluation globale de la situation, en coordination avec les autres professionnels concernés ;
 - mettre en place, avec la personne et ses proches, une prise en charge adaptée aux besoins et aux projets de la personne, puis à participer au suivi de la prise en charge et à son adaptation si nécessaire ;
 - inscrire cette prise en charge dans une démarche collaborative, pluriprofessionnelle et pluridisciplinaire, impliquant les professionnels de santé mais également les professionnels du secteur éducatif, du logement, de l'emploi, etc. ;
 - assurer la mise en place d'un relai de la prise en charge lors de l'évolution vers un trouble psychiatrique (troubles schizophréniques, bipolaires ou autres pathologies psychiatriques).

Les recommandations auront également pour finalité de contribuer à la formation des professionnels concernés, à l'harmonisation des pratiques et à une diminution de la stigmatisation.

1.6. Délimitation du thème / questions à traiter

Les questions identifiées concernent aussi bien les états HRP que les PEP mais les modalités de réponse peuvent être différentes, compte-tenu de l'hétérogénéité des tableaux cliniques, de leurs évolutions et donc des prises en charge qui en découlent. Ainsi, un travail par volets pourra être envisagé par le groupe de travail.

Questions à traiter

I. Définitions

- Quels sont les champs cliniques à retenir et comment les définir : HRP, PEP, transition psychotique, troubles schizophréniques débutants, etc.

II. Repérage d'une personne présentant un état HRP ou un PEP, prise en charge en premier recours et modalités d'orientation vers la psychiatrie

- Quels sont les signes évocateurs ? Quels sont les outils (incluant les outils numériques) préconisés pour les identifier ?
- Quels sont les professionnels et personnes concernés et comment les mobiliser ? (usagers, proches, médecins généralistes, professionnels des MDA, professionnels des services d'urgences, acteurs de santé du système éducatif, professionnels de l'ASE, de la PJJ et des structures d'addictologie, acteurs de la santé au travail, etc.)
- Quelle est l'orientation qui peut être proposée ?
- Quelle est l'organisation qui peut être mise en place pour favoriser l'accès aux soins pour ces personnes ?
- Quelle est le type de prise en charge en premier recours ?

III. Modalités d'évaluation de la situation d'une personne orientée vers la psychiatrie (psychiatrie de l'adulte ou de l'enfant et de l'adolescent) pour des signes évocateurs d'un état HRP ou d'un PEP

- Quels sont les éléments constitutifs du bilan initial proposé à la personne ? (entretiens avec la personne [abordant notamment ses projets et aspirations], entretiens avec les proches, évaluations psychopathologiques, cognitives, somatiques, bilans fonctionnel et socioéducatif [parcours scolaire, académique ou professionnel] évaluation des comorbidités [cardiométaboliques, addictologiques, etc.], examens complémentaires, etc.)
- Quels sont les critères permettant d'identifier un état HRP et un PEP et quels sont les diagnostics différentiels ?
- Quels sont les outils/questionnaires (incluant les outils numériques) et bilans spécialisés qui peuvent aider à évaluer la situation ?
- Quelles informations transmettre à la personne concernée et à ses proches ?
- Quelles sont les particularités des modalités d'évaluation selon l'âge de la personne ?

IV. Modalités de prise en charge d'une personne présentant un état HRP ou un PEP

- Quelles sont les prises en charge non médicamenteuses ? Dans quelles indications et selon quelles modalités ?
- Quelles sont les prises en charge médicamenteuses ? Dans quelles indications et selon quelles modalités ? Quelles conditions et modalités d'accompagnement à la réduction voire à l'arrêt des traitements médicamenteux ?
- Quelles sont les modalités d'accompagnement social et d'aide au maintien dans le cursus scolaire, universitaire ou dans l'emploi/à la réinsertion scolaire, universitaire ou professionnelle ?
- Comment prendre en compte l'environnement de la personne ?
- Quelles sont les modalités d'accompagnement des proches ?
- Quels sont les outils/questionnaires (incluant les outils numériques) et bilans spécialisés utiles au suivi de la prise en charge ?

- Quelle est l'organisation des soins à envisager ? (dispositif spécialisé ou non, professionnels impliqués⁸, modalités d'intervention et de coordination des professionnels, population cible [classes d'âges, autres critères d'inclusion/exclusion], conditions et modalités de l'usage de la télésanté et de la téléexpertise, etc.)
- Quelle doit être la durée de la prise en charge ?
- Quelles sont les particularités des prises en charge selon l'âge de la personne ?

V. Aval de la prise en charge d'un état HRP ou d'un PEP

- Comment organiser le relai de la prise en charge si les symptômes persistent et évoluent vers des troubles schizophréniques, bipolaires ou d'autres troubles psychiatriques ? (vers qui orienter ? quelle coordination mettre en place ?)
- Quelles sont les modalités d'accompagnement social et d'aide au maintien dans le cursus scolaire, universitaire ou dans l'emploi/à la réinsertion scolaire, universitaire ou professionnelle ?

VI. Indicateurs de suivi des pratiques

Un nombre restreint d'indicateurs de suivi sera identifié pour permettre aux structures et professionnels concernés d'évaluer l'adéquation de leurs pratiques aux recommandations élaborées. Des propositions d'indicateurs pourront également être travaillées en vue d'une évaluation de l'impact des recommandations au niveau national, en tenant compte notamment de la disponibilité des données dans les bases de données existantes.

Champs exclus

- le diagnostic, l'évaluation et la prise en charge de la schizophrénie à début précoce, décrits dans un protocole national de diagnostic et de soins (PNDS) (68), ne seront pas évoqués ;
- il en est de même des prises en charge des troubles schizophréniques et bipolaires, dans la mesure où elles feront l'objet de recommandations dédiées dans le cadre du programme « santé mentale et psychiatrie » de la HAS, en articulation avec la recommandation relative aux situations de HRP et de PEP ;
- plus globalement, la recommandation n'abordera pas le diagnostic et la prise en charge de l'ensemble des troubles psychiatriques/psychopathologiques débutant à l'adolescence et chez le jeune adulte mais sera centrée sur les états HRP et les PEP (dont une grande partie n'évoluera pas vers un trouble psychiatrique) ;
- une attention sera portée à l'évaluation de la situation d'une personne et à la stratégie thérapeutique à mettre en place lors de comorbidités addictives, cependant, la recommandation n'abordera pas l'évaluation et la prise en charge des conduites addictives dans leur globalité ;
- de la même façon, si une attention sera portée à la coordination entre la psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent et la psychiatrie de l'adulte dans le cadre du suivi d'un jeune présentant un état HRP ou un PEP, cette recommandation n'abordera pas la transition entre les services de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent et les services de psychiatrie de l'adulte dans sa globalité. Ce sujet fera l'objet d'un travail dédié dans le cadre du programme « santé mentale et psychiatrie » de la HAS ;
- font également partie des champs exclus les spécificités attachées à la prise en charge⁹ :

⁸ Incluant les psychologues en exercice libéral, d'autant plus qu'il est envisagé d'étendre le dispositif « Mon soutien psy » aux personnes ayant des troubles psychiques sévères.

⁹ La recommandation s'adresse à toutes les personnes présentant les critères définis dans les paragraphes précédents, y compris les femmes à la période périnatale, les personnes en situation de grande précarité et les personnes en soins sans consentement. Les spécificités attachées à ces prises en charge ne seront toutefois pas abordées dans ces recommandations et renvoient à d'autres travaux.

- de la femme à la période périnatale ;
- des personnes en situation de grande précarité et troubles psychiques : la recommandation HAS « [grande précarité et troubles psychiques](#) », publiée en 2023, souligne l'importance du repérage des troubles psychiques chez les personnes en situation de grande précarité. Elle recommande notamment la formation des professionnels de première ligne au repérage des signes de souffrance psychique et la mise en place de dispositifs de coordination pour une prise en charge adaptée ;
- en soins psychiatriques sans consentement : [un guide élaboré par la HAS en 2021](#) aborde les modalités de suivi clinique et de prise en charge des patients nécessitant un programme de soins psychiatriques sans consentement (soins sans consentement dispensés au patient sous une autre forme que l'hospitalisation complète), incluant des aspects liés au repérage et à l'intervention précoce.

2. Modalités de réalisation

- HAS
- Label
- Partenariat

2.1. Méthode de travail envisagée et actions en pratique pour la conduite du projet

La méthode de travail envisagée est la méthode « recommandations pour la pratique clinique » (RPC), identifiée par la HAS comme « la méthode préférentielle pour élaborer des recommandations de bonne pratique ».

Sont en pratique prévues :

- la réalisation d'une analyse critique de la littérature ;
- la mise en place d'un groupe de travail :
 - 6 réunions envisagées ;
 - pour les usagers : possibilité, pour ceux qui le souhaitent, de candidatures/participations en binômes ; co-construction des modalités de participation aux réunions.
- la réalisation d'auditions d'usagers (seuls ou en groupe) ;
- la réalisation d'auditions d'acteurs impliqués dans le repérage des personnes présentant un état HRP ou un PEP (professionnels de santé exerçant en services d'urgences [adultes et pédiatriques], acteurs de santé de l'éducation nationale, professionnel d'un service médical universitaire, médecin du travail, professionnels exerçant en protection de l'enfance (ASE et PJJ), professionnel d'une structure d'addictologie) ;
- la relecture des recommandations par un groupe de lecture et par les parties prenantes concernées.

2.2. Composition qualitative des groupes

Groupe de travail (environ 20 personnes)

Le groupe de travail, présidé par deux psychiatres (un psychiatre d'adultes et un psychiatre de l'enfant et de l'adolescent), sera composé de :

- psychiatres (d'adultes et de l'enfant et de l'adolescent) ;

- infirmiers en équipe de psychiatrie ;
- psychologues ;
- éducateur en équipe de psychiatrie ;
- assistant de service social en équipe de psychiatrie ;
- professionnel exerçant en MDA ;
- médecins généralistes/pédiatres ;
- usagers et familles d'usagers en psychiatrie ;
- pair-aidant.

Phase de lecture

- groupe de lecture :
 - le groupe de lecture reprendra la même composition qualitative que le groupe de travail avec un nombre plus élevé de représentants ;
 - il intégrera également des professionnels de santé exerçant en services d'urgences (adultes et pédiatriques), des acteurs de santé de l'éducation nationale, des professionnels d'un service médical universitaire, des médecins du travail, des professionnels exerçant en protection de l'enfance (ASE et PJJ), des professionnels de structures d'addictologie, des gynécologues, ergothérapeutes, orthophonistes, pharmaciens d'officine, des acteurs de la réinsertion par l'emploi, des représentants des organismes impliqués dans la formation ainsi que des acteurs de la promotion de la santé.
- avis des parties prenantes et des institutionnels : les documents seront transmis aux membres du comité santé mentale et psychiatrie de la HAS concernés par le sujet.

2.3. Productions prévues

- recommandation de bonnes pratiques ;
- argumentaire scientifique ;
- synthèse de la recommandation ;
- fiches outils à destination des professionnels, y compris dans l'objectif de favoriser le repérage (médecins généralistes, professionnels de santé des services d'urgences, professionnels de la protection de l'enfance (ASE et PJJ), acteurs de santé du système éducatif et de la santé au travail notamment) ;
- documents d'information à destination des usagers et des proches.

3. Calendrier prévisionnel des productions

- Date de passage en commission : T1/T2 2027
- Date de validation du collègue : T1/T2 2027

Annexe 1. Etat des lieux documentaire (recherche préliminaire)

Type de documents	Titre (année)
Recommandations internationales	Cadre de référence - Programme pour premiers épisodes psychotiques (PPEP) (2024) (69)
	Canadian Treatment Guidelines for Individuals at Clinical High Risk of Psychosis (2017) (45)
	Australian Clinical Guidelines for Early Psychosis (2016) (70)
	EPA guidance on the early intervention in clinical high risk states of psychoses (2015) (14)
	Psychosis and schizophrenia in adults: prevention and management (2014) (2)
	Psychosis and schizophrenia in children and young people: recognition and management (2013) (44)
Articles de revues scientifiques	Efficacy of preventative interventions for children and adolescents at clinical high risk of psychosis - a systematic review and meta-analysis of intervention studies.(17)
	Systematic review and meta-analysis of family-based interventions for early psychosis: Carer and patient outcomes (2025) (42)
	Antipsychotic Treatment in People at Clinical High Risk for Psychosis: A Narrative Review of Suggestions for Clinical Practice (46)
	Comparing interventions for early psychosis: a systematic review and component network meta-analysis (2024) (57)
	Antipsychotic Treatment in People at Clinical High Risk for Psychosis: A Narrative Review of Suggestions for Clinical Practice (2024) (46)
	Cognitive behavioural therapy added to standard care for first-episode and recent-onset psychosis. Cochrane Database of Systematic Reviews (2024) (37)
	Early intervention in psychosis services: A systematic review and narrative synthesis of barriers and facilitators to seeking access.(60)
	Treatment Approaches for First Episode and Early-Phase Schizophrenia in Adolescents and Young Adults: A Delphi Consensus Report from Europe (2022) (43)
	Clinical outcomes in individuals at clinical high risk of psychosis who do not transition to psychosis: a meta-analysis.(65)
	Cognitive behavioral therapy for prodromal stage of psychosis-outcomes for transition, functioning, distress, and quality of life: a systematic review and meta-analysis (38)
	Systematic Review and Meta-analysis: Psychosis Risk in Children and Adolescents With an At-Risk Mental State (6)
	Psychological interventions for psychosis in adolescents. Cochrane Database of Systematic Reviews (2020) (36)
	Prevention of Psychosis: Advances in Detection, Prognosis, and Intervention (2020) (13)

	Specialised early intervention teams for recent-onset psychosis. Cochrane Database of Systematic Reviews (2020) (58)
	Smartphone Apps to Support Coordinated Specialty Care for Prodromal and Early Course Schizophrenia Disorders: Systematic Review.(54)
	Employment and educational outcomes in early intervention programmes for early psychosis: A systematic review.(49)
	Duration of untreated psychosis as predictor of long-term outcome in schizophrenia: systematic review and meta-analysis (2014) (18)
	The psychosis high-risk state: a comprehensive state-of-the-art review (12)
	Predicting psychosis: meta-analysis of transition outcomes in individuals at high clinical risk.(5)

Références bibliographiques

1. McGrath JJ, Saha S, Al-Hamzawi AO, Alonso J, Andrade L, Borges G, *et al.* Age of onset and lifetime projected risk of psychotic experiences: cross-national data from the World Mental Health Survey. *Schizophr Bull* 2016;42(4):933-41. <https://dx.doi.org/10.1093/schbul/sbw011>
2. National Institute for Health and Care Excellence. Psychosis and schizophrenia in adults: prevention and management. Clinical guideline. London: NICE; 2014. <https://www.nice.org.uk/guidance/cg178>
3. Linscott RJ, van Os J. An updated and conservative systematic review and meta-analysis of epidemiological evidence on psychotic experiences in children and adults: on the pathway from proneness to persistence to dimensional expression across mental disorders. *Psychol Med* 2013;43(6):1133-49. <https://dx.doi.org/10.1017/s0033291712001626>
4. Schultze-Lutter F, Michel C, Ruhrmann S, Schimmelmann BG. Prevalence and clinical relevance of interview-assessed psychosis-risk symptoms in the young adult community. *Psychol Med* 2018;48(7):1167-78. <https://dx.doi.org/10.1017/S0033291717002586>
5. Fusar-Poli P, Bonoldi I, Yung AR, Borgwardt S, Kempton MJ, Valmaggia L, *et al.* Predicting psychosis: meta-analysis of transition outcomes in individuals at high clinical risk. *Arch Gen Psychiatry* 2012;69(3):220-9. <https://dx.doi.org/10.1001/archgenpsychiatry.2011.1472>
6. Lång U, Yates K, Leacy FP, Clarke MC, McNicholas F, Cannon M, Kelleher I. Systematic review and meta-analysis: psychosis risk in children and adolescents with an at-risk mental state. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2022;61(5):615-25. <https://dx.doi.org/10.1016/j.jaac.2021.07.593>
7. Kirkbride JB, Hameed Y, Ankireddypalli G, Ioannidis K, Crane CM, Nasir M, *et al.* The epidemiology of first-episode psychosis in early intervention in psychosis services: findings from the social epidemiology of psychoses in East Anglia [SEPEA] study. *Am J Psychiatry* 2017;174(2):143-53. <https://dx.doi.org/10.1176/appi.ajp.2016.16010103>
8. Anderson KK, Norman R, MacDougall AG, Edwards J, Palaniyappan L, Lau C, Kurdyak P. Estimating the incidence of first-episode psychosis using population-based health administrative data to inform early psychosis intervention services. *Psychol Med* 2019;49(12):2091-9. <https://dx.doi.org/10.1017/s0033291718002933>
9. McDonald K, Ding T, Ker H, Dliwayo TR, Osborn DPJ, Wohland P, *et al.* Using epidemiological evidence to forecast population need for early treatment programmes in mental health: a generalisable Bayesian prediction methodology applied to and validated for first-episode psychosis in England. *Br J Psychiatry* 2021;219(1):383-91. <https://dx.doi.org/10.1192/bjp.2021.18>
10. Lasalvia A, Bonetto C, Tosato S, Zanatta G, Cristofalo D, Salazzari D, *et al.* First-contact incidence of psychosis in north-eastern Italy: influence of age, gender, immigration and socioeconomic deprivation. *Br J Psychiatry* 2014;205(2):127-34. <https://dx.doi.org/10.1192/bjp.bp.113.134445>
11. Ministère de la santé et des services sociaux. Cadre de référence. Programmes d'interventions pour premiers épisodes psychotiques (PIPEP). Québec: MSSS; 2019. <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2018/18-914-12W.pdf>
12. Fusar-Poli P, Borgwardt S, Bechdolf A, Addington J, Riecher-Rössler A, Schultze-Lutter F, *et al.* The psychosis high-risk state: a comprehensive state-of-the-art review. *JAMA Psychiatry* 2013;70(1):107-20. <https://dx.doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2013.269>
13. Fusar-Poli P, Salazar de Pablo G, Correll CU, Meyer-Lindenberg A, Millan MJ, Borgwardt S, *et al.* Prevention of psychosis: advances in detection, prognosis, and intervention. *JAMA Psychiatry* 2020;77(7):755-65. <https://dx.doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2019.4779>
14. Schmidt SJ, Schultze-Lutter F, Schimmelmann BG, Maric NP, Salokangas RK, Riecher-Rössler A, *et al.* EPA guidance on the early intervention in clinical high risk states of psychoses. *Eur Psychiatry* 2015;30(3):388-404. <https://dx.doi.org/10.1016/j.eurpsy.2015.01.013>
15. Mei C, van der Gaag M, Nelson B, Smit F, Yuen HP, Berger M, *et al.* Preventive interventions for individuals at ultra high risk for psychosis: an updated and extended meta-analysis. *Clin Psychol Rev* 2021;86. <https://dx.doi.org/10.1016/j.cpr.2021.102005>
16. Stafford MR, Jackson H, Mayo-Wilson E, Morrison AP, Kendall T. Early interventions to prevent psychosis: systematic review and meta-analysis. *Bmj* 2013;346:f185. <https://dx.doi.org/10.1136/bmj.f185>
17. Frearson G, de Otazu Olivares J, Catalan A, Aymerich C, Salazar de Pablo G. Review: Efficacy of preventative interventions for children and adolescents at clinical high risk of psychosis - a systematic review and meta-analysis of intervention studies. *Child Adolesc Ment Health* 2025;30(1):66-82. <https://dx.doi.org/10.1111/camh.12755>
18. Penttälä M, Jääskeläinen E, Hirvonen N, Isohanni M, Miettunen J. Duration of untreated psychosis as predictor of long-term outcome in schizophrenia: systematic review and meta-analysis. *Br J Psychiatry* 2014;205(2):88-94. <https://dx.doi.org/10.1192/bjp.bp.113.127753>
19. Yung AR, Yuen HP, McGorry PD, Phillips LJ, Kelly D, Dell'Olio M, *et al.* Mapping the onset of psychosis: the Comprehensive Assessment of At-Risk Mental States. *Aust N Z J Psychiatry* 2005;39(11-12):964-71. <https://dx.doi.org/10.1080/j.1440-1614.2005.01714.x>
20. Krebs MO, Magaud E, Willard D, Elkhazen C, Chauchot F, Gut A, *et al.* Évaluation des états mentaux à risque de

transition psychotique : validation de la version française de la CAARMS. *Encephale* 2014;40(6):447-56.

<https://dx.doi.org/10.1016/j.encep.2013.12.003>

21. Miller TJ, McGlashan TH, Rosen JL, Cadenhead K, Cannon T, Ventura J, *et al.* Prodromal assessment with the structured interview for prodromal syndromes and the scale of prodromal symptoms: predictive validity, interrater reliability, and training to reliability. *Schizophr Bull* 2003;29(4):703-15.

<https://dx.doi.org/10.1093/oxfordjournals.schbul.a007040>

22. Huber G, Gross G. The concept of basic symptoms in schizophrenic and schizoaffective psychoses. *Recenti Prog Med* 1989;80(12):646-52.

23. Fux L, Walger P, Schimmelmann BG, Schultze-Lutter F. The Schizophrenia Proneness Instrument, Child and Youth version (SPI-CY): practicability and discriminative validity. *Schizophr Res* 2013;146(1-3):69-78.

<https://dx.doi.org/10.1016/j.schres.2013.02.014>

24. Schultze-Lutter F, Addington J, Ruhrmann S, Klosterkötter J. Schizophrenia Proneness Instrument-Adult Version (SPI-A). Rome: Giovanni Fioriti Editore; 2007.

https://web.archive.org/web/20180421090018id_/http://www.clinicalneuropsychiatry.org/pdf/summaryOfBasicSymptomCriteria.PDF

25. Ising HK, Veling W, Loewy RL, Rietveld MW, Rietdijk J, Dragt S, *et al.* The validity of the 16-item version of the Prodromal Questionnaire (PQ-16) to screen for ultra high risk of developing psychosis in the general help-seeking population. *Schizophr Bull* 2012;38(6):1288-96.

<https://dx.doi.org/10.1093/schbul/sbs068>

26. Dollfus S, Mach C, Morello R. Self-evaluation of negative symptoms: a novel tool to assess negative symptoms. *Schizophr Bull* 2016;42(3):571-8.

<https://dx.doi.org/10.1093/schbul/sbv161>

27. Savill M, D'Ambrosio J, Cannon TD, Loewy RL. Psychosis risk screening in different populations using the Prodromal Questionnaire: a systematic review. *Early Interv Psychiatry* 2018;12(1):3-14.

<https://dx.doi.org/10.1111/eip.12446>

28. Rodríguez-Testal JF, Perona-Garcelán S, Dollfus S, Valdés-Díaz M, García-Martínez J, Ruiz-Veguilla M, Senín-Calderón C. Spanish validation of the self-evaluation of negative symptoms scale SNS in an adolescent population. *BMC Psychiatry* 2019;19(1):327.

<https://dx.doi.org/10.1186/s12888-019-2314-1>

29. McGorry PD, Edwards J, Mihalopoulos C, Harrigan SM, Jackson HJ. EPPIC: an evolving system of early detection and optimal management. *Schizophr Bull* 1996;22(2):305-26.

<https://dx.doi.org/10.1093/schbul/22.2.305>

30. Cocchi A, Cavicchini A, Collavo M, Ghio L, Macchi S, Meneghelli A, Preti A. Implementation and development of early intervention in psychosis services in Italy: a national survey promoted by the Associazione Italiana Interventi Precoci nelle Psicosi. *Early Interv Psychiatry* 2018;12(1):37-44.

<https://dx.doi.org/10.1111/eip.12277>

31. Power P, Iacoponi E, Reynolds N, Fisher H, Russell M, Garety P, *et al.* The Lambeth Early Onset Crisis Assessment Team Study: general practitioner education and access to an early detection team in first-episode psychosis. *Br J Psychiatry Suppl* 2007;51:s133-9.

<https://dx.doi.org/10.1192/bjp.191.51.s133>

32. Addington J, Liu L, Brummitt K, Bearden CE, Cadenhead KS, Cornblatt BA, *et al.* North American Prodrome Longitudinal Study (NAPLS 3): methods and baseline description. *Schizophr Res* 2022;243:262-7.

<https://dx.doi.org/10.1016/j.schres.2020.04.010>

33. Bertelsen M, Jeppesen P, Petersen L, Thorup A, Øhlenschläeger J, le Quach P, *et al.* Five-year follow-up of a randomized multicenter trial of intensive early intervention vs standard treatment for patients with a first episode of psychotic illness: the OPUS trial. *Arch Gen Psychiatry* 2008;65(7):762-71.

<https://dx.doi.org/10.1001/archpsyc.65.7.762>

34. Salazar de Pablo G, Estradé A, Cutroni M, Andlauer O, Fusar-Poli P. Establishing a clinical service to prevent psychosis: what, how and when? Systematic review. *Transl Psychiatry* 2021;11(1):43.

<https://dx.doi.org/10.1038/s41398-020-01165-x>

35. Mathevet L, Krebs M-O. Détection des pathologies psychiatriques émergentes de l'adolescent et du jeune adulte et intervention préventive : où en sommes-nous sur le territoire national en 2024 ? *Info Psy* 2024;100(9):697-704.

<https://dx.doi.org/10.1684/ipe.2024.2796>

36. Datta SS, Daruvala R, Kumar A. Psychological interventions for psychosis in adolescents. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2020;Issue 7:CD009533.

<https://dx.doi.org/10.1002/14651858.CD009533.pub2>

37. Mayer SF, Corcoran C, Kennedy L, Leucht S, Bighelli I. Cognitive behavioural therapy added to standard care for first-episode and recent-onset psychosis. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2024;Issue 3:CD015331.

<https://dx.doi.org/10.1002/14651858.CD015331.pub2>

38. Zheng Y, Xu T, Zhu Y, Li C, Wang J, Livingstone S, Zhang T. Cognitive behavioral therapy for prodromal stage of psychosis-outcomes for transition, functioning, distress, and quality of life: a systematic review and meta-analysis. *Schizophr Bull* 2022;48(1):8-19.

<https://dx.doi.org/10.1093/schbul/sbab044>

39. Glenthøj LB, Hjorthøj C, Kristensen TD, Davidson CA, Nordentoft M. The effect of cognitive remediation in individuals at ultra-high risk for psychosis: a systematic review. *NPJ Schizophr* 2017;3:20.

<https://dx.doi.org/10.1038/s41537-017-0021-9>

40. O'Brien MP, Zinberg JL, Bearden CE, Daley M, Niendam TA, Kopelowicz A, Cannon TD. Psychoeducational multi-family group treatment with adolescents at high risk for developing psychosis. *Early Interv Psychiatry* 2007;1(4):325-32.

<https://dx.doi.org/10.1111/j.1751-7893.2007.00046.x>

41. Preti A, Cella M. Randomized-controlled trials in people at ultra high risk of psychosis: a review of treatment effectiveness. *Schizophr Res* 2010;123(1):30-6.
<https://dx.doi.org/10.1016/j.schres.2010.07.026>
42. Gleeson JFM, Ludwig K, Stiles BJ, Piantella S, McNab C, Cotton S, *et al.* Systematic review and meta-analysis of family-based interventions for early psychosis: carer and patient outcomes. *Schizophr Res* 2025;276:57-78.
<https://dx.doi.org/10.1016/j.schres.2025.01.006>
43. Correll CU, Fusar-Poli P, Leucht S, Karow A, Maric N, Moreno C, *et al.* Treatment approaches for first episode and early-phase schizophrenia in adolescents and young adults: a Delphi Consensus report from Europe. *Neuropsychiatr Dis Treat* 2022;18:201-19.
<https://dx.doi.org/10.2147/NDT.S345066>
44. National Institute for Health and Care Excellence. Psychosis and schizophrenia in children and young people: recognition and management. Clinical guideline. Last updated: 26 October 2016. London: NICE; 2013.
<https://www.nice.org.uk/guidance/cg155/resources/psychosis-and-schizophrenia-in-children-and-young-people-recognition-and-management-pdf-35109632980933>
45. Addington J, Addington D, Abidi S, Raedler T, Remington G. Canadian treatment guidelines for individuals at clinical high risk of psychosis. *Can J Psychiatry* 2017;62(9):656-61.
<https://dx.doi.org/10.1177/0706743717719895>
46. Di Lisi A, Pupo S, Menchetti M, Pelizza L. Antipsychotic treatment in people at clinical high risk for psychosis: a narrative review of suggestions for clinical practice. *J Clin Psychopharmacol* 2024;44(5):502-8.
<https://dx.doi.org/10.1097/jcp.0000000000001891>
47. Amminger GP, Schäfer MR, Schlögelhofer M, Klier CM, McGorry PD. Longer-term outcome in the prevention of psychotic disorders by the Vienna omega-3 study. *Nat Commun* 2015;6(1):7934.
<https://dx.doi.org/10.1038/ncomms8934>
48. Rossier AT, Hallahan B. The therapeutic effect of omega-3 polyunsaturated fatty acids on symptom severity of psychosis: a systematic review and meta-analysis. *Eur Psychiatry* 2024;67(1):e88.
<https://dx.doi.org/10.1192/j.eurpsy.2024.1804>
49. Bond GR, Drake RE, Luciano A. Employment and educational outcomes in early intervention programmes for early psychosis: a systematic review. *Epidemiol Psychiatr Sci* 2015;24(5):446-57.
<https://dx.doi.org/10.1017/S2045796014000419>
50. Thibaudeau E, Lecomte T, Corbière M, Abdel-Baki A, Simard A, Roy MA, Cellard C. Assessing the fidelity of supported education programs for first-episode psychosis to the supported employment guidelines adapted for education. *Early Interv Psychiatry* 2024;18(9):758-65.
<https://dx.doi.org/10.1111/eip.13533>
51. Rosenheck R, Mueser KT, Sint K, Lin H, Lynde DW, Glynn SM, *et al.* Supported employment and education in comprehensive, integrated care for first episode psychosis: effects on work, school, and disability income. *Schizophr Res* 2017;182:120-8.
<https://dx.doi.org/10.1016/j.schres.2016.09.024>
52. Pires de Oliveira Padilha P, Gagné G, Iyer SN, Thibeault E, Levasseur MA, Massicotte H, Abdel-Baki A. La pair-aidance pour soutenir le rétablissement en intervention précoce pour la psychose : enjeux autour de son implantation au Québec et dans la francophonie. *Sante Ment Que* 2023;48(1):167-206.
<https://dx.doi.org/10.7202/1106400ar>
53. Haute Autorité de Santé. Pair-aidance dans les organisations sanitaires, sociales et médico-sociales. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2025.
https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2025-01/la_pair-aidance_dans_les_organisations_sanitaires_sociales_et_medi-co-sociales_note_de_cadrage.pdf
54. Camacho E, Levin L, Torous J. Smartphone apps to support coordinated specialty care for prodromal and early course schizophrenia disorders: systematic review. *J Med Internet Res* 2019;21(11):e16393.
<https://dx.doi.org/10.2196/16393>
55. Rus-Calafell M, Schneider S. Are we there yet?!-a literature review of recent digital technology advances for the treatment of early psychosis. *Mhealth* 2020;6:3.
<https://dx.doi.org/10.21037/mhealth.2019.09.14>
56. Maechling C, Yrondi A, Cambon A. Mobile health in the specific management of first-episode psychosis: a systematic literature review. *Front Psychiatry* 2023;14:1137644.
<https://dx.doi.org/10.3389/fpsy.2023.1137644>
57. Williams R, Ostinelli EG, Agorinya J, Minichino A, De Crescenzo F, Maughan D, *et al.* Comparing interventions for early psychosis: a systematic review and component network meta-analysis. *EClinicalMedicine* 2024;70:102537.
<https://dx.doi.org/10.1016/j.eclinm.2024.102537>
58. Puntis S, Minichino A, De Crescenzo F, Harrison R, Cipriani A, Lennox B. Specialised early intervention teams for recent-onset psychosis. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2020; Issue 11: CD013288.
<https://dx.doi.org/10.1002/14651858.CD013288.pub2>
59. Causier C, Waite F, Sivarajah N, Knight MTD. Structural barriers to help-seeking in first-episode psychosis: a systematic review and thematic synthesis. *Early Interv Psychiatry* 2024;18(5):293-311.
<https://dx.doi.org/10.1111/eip.13497>
60. Tiller J, Maguire T, Newman-Taylor K. Early intervention in psychosis services: a systematic review and narrative synthesis of barriers and facilitators to seeking access. *Eur Psychiatry* 2023;66(1):e92.
<https://dx.doi.org/10.1192/j.eurpsy.2023.2465>
61. Pipkin A. Evidence base for early intervention in psychosis services in rural areas: a critical review. *Early Interv Psychiatry* 2021;15(4):762-74.
<https://dx.doi.org/10.1111/eip.13019>
62. Clement S, Schauman O, Graham T, Maggioni F, Evans-Lacko S, Bezborodovs N, *et al.* What is the impact of mental health-related stigma on help-seeking? A systematic review of

quantitative and qualitative studies. *Psychol Med* 2015;45(1):11-27.
<https://dx.doi.org/10.1017/s0033291714000129>

63. World Health Organization. Mental Health Gap Action Programme (mhGAP) guideline for mental, neurological and substance use disorders. Geneva: WHO; 2023.
<https://www.who.int/publications/i/item/9789240084278>

64. O'Day B, Kleinman R, Fischer B, Morris E, Blyler C. Preventing unemployment and disability benefit receipt among people with mental illness: Evidence review and policy significance. *Psychiatr Rehabil J* 2017;40(2):123-52.
<https://dx.doi.org/10.1037/prj0000253>

65. Salazar de Pablo G, Soardo L, Cabras A, Pereira J, Kaur S, Besana F, *et al.* Clinical outcomes in individuals at clinical high risk of psychosis who do not transition to psychosis: a meta-analysis. *Epidemiol Psychiatr Sci* 2022;31:e9.
<https://dx.doi.org/10.1017/S2045796021000639>

66. Knapp M, Andrew A, McDaid D, Lemmi V, McCrone P, La Park A, *et al.* Investing in recovery. Making the business case for effective interventions for people with schizophrenia and psychosis. London: Rethink Mental Illness; 2014.
https://eprints.lse.ac.uk/56773/1/Knapp_et_al_Investing_in_recovery_2014.pdf

67. Ibarondo O, Recio-Barbero M, Ustarroz I, Cabezas-Garduno J, Mentxaka O, Acaiturri T, *et al.* First-episode psychosis intervention programme versus standard care for the clinical management of early phases of psychosis: cost analysis. *BJPsych Open* 2023;10(1):e17.
<https://dx.doi.org/10.1192/bjo.2023.618>

68. Centre de Référence des maladies rares à Expression Psychiatrique, Filière de santé maladies rares du neurodéveloppement, DéfiScience. Schizophrénie à début précoce. Protocole National de Diagnostic et de Soins (PNDS). Paris: Centre de Référence des maladies rares à Expression Psychiatrique; 2022.

https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2022-10/cll_sczdp_has_pnds_texte_27_09_22_version-finale.pdf

69. Ministère de la santé et des services sociaux. Cadre de référence. Programmes d'interventions pour premiers épisodes psychotiques (PIPEP). 2e édition remise à jour en juin 2025. Québec: MSSS; 2024.

<https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-003370/>

70. Orygen, The National Centre of Excellence in Youth Mental Health. Australian Clinical Guidelines for Early Psychosis. Second edition. Melbourne: Orygen; 2016.

<https://www.orygen.org.au/Campus/Expert-Network/Resources/Free/Clinical-Practice/Australian-Clinical-Guidelines-for-Early-Psychosis/Australian-Clinical-Guidelines-for-Early-Psychosis.aspx?ext>