

Diagnostic et évaluation des troubles schizophréniques

Adoptée par le Collège le 8 avril 2026

Demandeur : Autosaisine

Inscription au programme de travail : 2025

Responsable(s) du projet : Service des bonnes pratiques (SBP)

1. Objet et périmètre de travail

1.1. Thème et origine du projet

Ce travail est une auto-saisine de la Haute Autorité de santé, dans le cadre du programme santé mentale et psychiatrie 2025–2030. L'élaboration de recommandations sur le repérage, le diagnostic et la prise en charge des troubles les plus sévères et invalidants, dont les troubles schizophréniques, a été identifiée comme prioritaire. Ces recommandations devront favoriser l'harmonisation des pratiques professionnelles et une meilleure structuration des parcours de soins des personnes concernées.

Cette recommandation utilisera volontairement la terminologie « troubles schizophréniques » et non celle de « la schizophrénie » afin de tenir compte de l'hétérogénéité des tableaux cliniques et évolutifs et de ne pas réduire les syndromes schizophréniques à une seule maladie. Un travail en deux volets est prévu : le premier volet qui fait l'objet de la note de cadrage présentée ici, porte sur le diagnostic et l'évaluation des troubles schizophréniques. Dans un second temps, sera abordée la prise en charge médicamenteuse et non médicamenteuse des personnes présentant des troubles schizophréniques. Ces deux volets seront guidés par un fil conducteur, celui du « rétablissement », principe qui oriente la personne, les soignants et les proches qui l'accompagnent au-delà de l'objectif de réduction des symptômes, vers la construction d'une vie satisfaisante qui tient compte des vulnérabilités de la personne, tout en s'appuyant sur ses forces et ses ressources. Cette approche s'appuie sur un vaste corpus de preuves scientifiques (1). La démarche d'évaluation décrite dans le premier volet devra permettre d'identifier les modalités de prise en charge favorisant le rétablissement, notamment celles relevant de la réhabilitation psychosociale.

Le diagnostic au début de l'installation des troubles schizophréniques étant un des enjeux majeurs, cette recommandation s'articulera avec la recommandation en cours d'élaboration sur « le repérage et la prise en charge des personnes présentant un premier épisode psychotique ou une vulnérabilité à un trouble psychotique » (2). Celle-ci concerne les personnes présentant un premier épisode psychotique, ou des signes avant-coureurs de troubles psychotiques, ou des signes prodromiques non spécifiques de schizophrénie ; elle se situe donc en amont de la recommandation sur le diagnostic et

l'évaluation des troubles schizophréniques. Cette dernière concernera les personnes ayant des signes répondant aux critères diagnostiques de troubles schizophréniques.

1.2. Problématique

1.2.1. Contexte

1.2.1.1. Données épidémiologiques et médico-économiques

Selon l'Organisation mondiale de la santé (OMS), qui s'appuie sur le recueil annuel de l'Institute of Health Metrics and Evaluation (IHME), cette affection toucherait environ 23 millions de personnes dans le monde et un adulte sur 233 (0,43 %) selon l'estimation publiée en 2025 (3, 4). La prévalence de 1 % est souvent rapportée mais des variations sont observées, selon le pays, les caractéristiques des populations étudiées, des environnements (l'urbanisation) et la méthodologie de recueil (5). En France, les prévalences ont été estimées au travers du nombre d'habitants pris en charge chaque année pour une « schizophrénie » et d'autres troubles psychotiques par les établissements ayant une activité de psychiatrie, et le nombre de personnes en affection de longue durée (ALD) pour ces mêmes troubles. La dernière analyse date d'une dizaine d'années et n'a pas été renouvelée. En 2012, en France métropolitaine, 235 000 patients, soit 3,7 pour 1000 habitants, ont été pris en charge pour des troubles psychotiques en établissement psychiatrique dont 62 % pour « schizophrénie » ; 294 000 personnes (4,6 pour 1000) étaient en ALD pour des troubles psychotiques, parmi lesquelles 45 % pour « schizophrénie ». Pour la « schizophrénie », les prévalences sont 2 fois plus élevées chez les hommes que chez les femmes (6, 7). Une étude de cohorte française de 2015 donne des résultats similaires aux études fondées sur des données médico-administratives et sont cohérents avec les études internationales (8). Selon la méta-analyse de Jongsma et al. de 2019 le taux d'incidence cumulée de la « schizophrénie » dans le monde est de 21,7 cas pour 100 000 personnes-années (9). On note des variations très importantes des taux d'incidence selon les pays observés (9) mais aussi selon les méthodes d'estimation utilisées (10).

Les troubles schizophréniques constituent une cause majeure de perte d'années de vie en bonne santé (Disability-Adjusted Life Year DALYs). Selon les données 2021 de la Global Burden of Disease, cette affection est responsable d'environ 14.8 millions de DALYs à l'échelle mondiale par an (11). Elle est classée comme la 12ème maladie la plus invalidante (i.e., en nombre d'années vécues avec incapacité, YLDs years lived with disability) (12). Les personnes souffrant de ces troubles présentent un risque de mortalité prématurée plus important que la population générale ainsi qu'une espérance de vie réduite de 11 à 18 ans, en raison notamment des comorbidités somatiques (maladies cardiovasculaires, diabète, maladies liées au tabagisme, effets métaboliques des traitements) et d'un risque suicidaire plus élevé (13). En France, une étude de 2023 sur les coûts directs et indirects des maladies psychiatriques (14), montre que 3 % du budget de l'Assurance Maladie sont consacrés aux troubles psychotiques avec une part majeure des coûts liée aux hospitalisations. Les coûts directs et indirects des troubles schizophréniques ont été estimés dans des études internationales (15, 16) et en France (17).

1.2.1.2. Âge d'apparition, formes débutantes et délais diagnostiques

L'âge d'apparition se situe habituellement entre 15 et 25 ans chez l'homme et 25 à 35 ans chez la femme, avec un pic de survenue autour de 20 ans (18). L'installation des troubles à cet âge a un impact majeur sur la trajectoire de vie (risques d'interruption d'études ou d'activités professionnelles, risque de perte d'autonomie, impacts sur la vie familiale) (19). Cet impact social (éducation, emploi, autonomie), clinique (conduites suicidaires, abus de substances, mauvaise réponse thérapeutique) et

personnel (projets de la personne, vie familiale et citoyenne) est d'autant plus important que le diagnostic et la prise en charge sont instaurés tardivement (20). La durée moyenne de psychose non traitée (Duration of untreated psychosis (DUP)), c'est-à-dire le délai entre un premier épisode psychotique et la mise en place d'un traitement, est globalement estimée à 42,6 semaines (21) avec des variations importantes entre continents et sous-populations, certaines populations subissant des délais pouvant aller jusqu'à plusieurs années. Les populations migrantes sont particulièrement vulnérables de ce point de vue (22). Les données françaises sur les délais diagnostiques sont peu nombreuses et issues de sources diverses mais elles sont concordantes. Parmi les 4 363 personnes (membres de l'entourage et personnes concernées) ayant répondu aux questionnaires du baromètre de l'UNAFAM¹ de 2023, 47 % ont fait état d'un délai supérieur à deux ans pour qu'un diagnostic soit posé (23). Cela concorde globalement avec les résultats des études de cohorte des centres experts depuis 2010. L'étude des caractéristiques de 1000 patients évalués sur une période de 10 ans fait apparaître une durée moyenne de psychose non traitée de 18 mois (24). Les délais diagnostiques sont un facteur de mauvais pronostic (sévérité des symptômes, taux de rémission, taux de rechute, fonctionnement cognitif, social et professionnel, qualité de vie) (25, 26). L'errance diagnostique et thérapeutique est un facteur d'épuisement des aidants familiaux, y compris au sein des fratries, et des cercles amicaux (27).

Ces délais diagnostiques sont particulièrement observés lors d'une installation insidieuse du trouble, modalité la plus fréquente (70 %) (18), en cas de fonctionnement pré-morbide altéré, de prédominance de symptômes négatifs (voir paragraphe sur les tableaux cliniques) (26). Des situations très difficiles peuvent être observées dans les premiers temps de la maladie lorsque la personne n'a pas conscience de ses troubles, lorsque les troubles débutants se manifestent par des comportements auto ou hétéro-agressifs et que les proches sont démunis face à ces situations. Le diagnostic de schizophrénie a encore à tort une connotation négative d'affection chronique de mauvais pronostic, caractérisée par une dangerosité. Cette représentation peut favoriser un « déni » des troubles et majorer la stigmatisation des troubles schizophréniques, qui reste encore importante dans notre société (28, 29) y compris chez les professionnels de santé mentale (30). La stigmatisation génère une auto-stigmatisation (intérieurisation des stéréotypes négatifs par les personnes concernées) (31) qui renforce encore le délai diagnostique et d'accès aux soins, et qui, plus généralement, freine le processus de rétablissement.

1.2.1.3. Facteurs de risque

Les troubles schizophréniques sont d'origine multifactorielle, résultant de l'interaction entre une vulnérabilité génétique et de multiples facteurs environnementaux agissant à différents stades du développement. Des travaux récents intégrant des scores de risque polygénique démontrent que l'effet de facteurs environnementaux tels que les événements traumatiques précoces et le contexte socio-environnemental varie selon le niveau de vulnérabilité génétique, confirmant l'existence d'interactions gène–environnement à la fois additives et multiplicatives (32).

Des méta-analyses et revues systématiques ont identifié plusieurs facteurs environnementaux associés à une augmentation significative du risque de troubles schizophréniques, notamment la consommation de cannabis (OR = 2,88 ; CI : 2.24-3.70) avec un risque 2 fois plus élevé lors d'usage à l'adolescence, l'exposition à un environnement urbain durant l'enfance (OR = 2,37 ; CI = 2.01–2.81), la migration (OR = 2,22 ; 1.75–2.80) ainsi que les traumatismes infantiles (OR = 2,81 ; 2.03–3.83) et les complications obstétricales (32-35).

¹ Union nationale de familles et amis de personnes malades et/ou handicapées psychiques

Ces résultats s'inscrivent dans le modèle neurodéveloppemental du risque psychotique décrit par Murray et al. (36) selon lequel les troubles schizophréniques résultent de la convergence dynamique de facteurs génétiques et environnementaux au cours de la vie.

1.2.1.4. Tableaux cliniques

Les tableaux cliniques se caractérisent par un panel de symptômes plus ou moins associés entre eux et dont les trajectoires évolutives peuvent différer (37). On peut ainsi retrouver :

- des symptômes dits « positifs » (hallucinations, idées délirantes) (38) ;
- des symptômes dits « négatifs » (avolition, c'est-à-dire la difficulté à mettre en place un plan d'action et à le maintenir, alogie c'est-à-dire une réduction de l'expression orale, retrait social et repli sur soi, émoussement affectif c'est-à-dire une réduction de l'expression émotionnelle, anhédonie c'est-à-dire une réduction de plaisir lors d'une activité ou lors de la planification de celle-ci) (39) ;
- des symptômes de désorganisation caractérisés par des troubles du cours de la pensée (en particulier tangentialité ou incohérence) et/ou un comportement désorganisé ;
- des troubles cognitifs (40) ; les fonctions exécutives, la vitesse de traitement, la mémoire épisodique et la mémoire de travail (41) ainsi que la cognition sociale (42) peuvent être concernées.

Les tableaux cliniques sont très hétérogènes et parfois peu spécifiques avant la survenue des symptômes psychotiques (20, 26). Cela conduirait à considérer non pas une seule maladie mais des troubles du spectre de la schizophrénie (43). Le tableau clinique peut aussi se complexifier lorsque les troubles schizophréniques se développent chez des personnes présentant des troubles du spectre de l'autisme, des troubles des apprentissages, ou une déficience intellectuelle (44). Cette hétérogénéité des tableaux cliniques, des modes d'installation et des évolutions, peut contribuer à des délais ou erreurs diagnostiques et à des prises en charges insuffisamment personnalisées. Ainsi, une étude portant sur une cohorte de patients ayant présenté un premier épisode psychotique rapporte qu'une proportion importante de patients a vu son diagnostic initial requalifié en un diagnostic de schizophrénie au cours de la période de 10 ans étudiée (45). Le diagnostic est aussi complexifié par l'existence d'entités cliniques « mimant » les troubles schizophréniques mais liées à des troubles organiques, ou des troubles psychiatriques présentant des traits communs avec les tableaux cliniques schizophréniques (troubles bipolaires avec caractéristiques psychotiques, troubles délirants non schizophréniques, etc.) mais relevant de catégories diagnostiques et de stratégies thérapeutiques distinctes (20).

1.2.1.5. Comorbidités

Les troubles schizophréniques peuvent s'accompagner également d'un large spectre de comorbidités psychiatriques et somatiques qui contribuent à aggraver la morbidité et à augmenter la mortalité prématurée chez ces patients.

Une méta-analyse récente a mis en évidence une association significative entre les troubles schizophréniques et plusieurs affections somatiques, incluant entre autres des cancers, des maladies respiratoires (asthme, BPCO), des maladies cardiovasculaires (cardiopathie, insuffisance cardiaque, AVC), des infections de type pneumopathie, ainsi que des troubles neurologiques (démence) et des dysfonctions sexuelles, avec des risques relatifs variant, par exemple, de 1,31 pour le cancer du sein chez les femmes à 2,63 pour la pneumonie (bien que la qualité des preuves varie selon les comorbidités) (46). S'ajoutent une prévalence élevée de syndrome métabolique (41,3 % (95 % CI : 28,8–55,1) (47) et un risque significativement plus élevé de développer un diabète de type 2 (OR = 2,15 (95 % CI : 1,83–2,52) (48). Ces données soulignent l'importance de l'examen et d'un suivi somatique ainsi qu'une prise

en charge intégrée (somatique et psychiatrique) des personnes souffrant de troubles schizophréniques.

Sur le plan psychiatrique, des méta-analyses montrent une fréquence notable de comorbidités chez les personnes présentant des troubles schizophréniques (49) : troubles liés à l'usage de substances (addictions) (50), troubles de l'humeur (51, 52), troubles anxieux (53), états de stress post traumatique (54) et troubles du comportement alimentaire (55).

Ces comorbidités exacerbent la charge globale de la maladie, altèrent la qualité de vie et compliquent le diagnostic et la gestion thérapeutique. Souvent présentes dès le début d'un trouble schizophrénique, elles peuvent en outre entraîner un délai diagnostic ou au contraire passer inaperçues si elles ne sont pas recherchées.

Les comorbidités psychiatriques et somatiques expliquent en partie l'espérance de vie réduite observée et justifient des stratégies de prévention, détection, d'évaluation et de soins par une approche multidisciplinaire.

1.2.1.6. Aspects évolutifs et déterminants du rétablissement

Les évolutions cliniques et fonctionnelles des troubles schizophréniques sont aussi variées (56) :

- rémission dans plus de 20 % des cas ; une récente revue systématique et méta-analyse portant sur des études de cohorte à long terme (20 ans) chez des patients fait apparaître une rémission symptomatique et fonctionnelle dans 24,2 % des cas (57). Cette étude contribue à déconstruire la représentation péjorative selon laquelle les troubles schizophréniques évoluent inévitablement vers une aggravation et/ou la chronicité, la rémission étant possible ;
- forme résiduelle, avec persistance de symptômes modérés ; l'intensité de la symptomatologie est diminuée, le niveau de fonctionnement social est variable ;
- évolution marquée par des rechutes récurrentes entrecoupées de périodes résiduelles ;
- évolution chronique marquée par une symptomatologie négative prévalente et un impact fonctionnel important ;
- évolution vers une résistance aux traitements antipsychotiques dans 30 % des cas, voire ultra-résistante lors d'une résistance à la clozapine.

Quelle que soit la forme clinique, les personnes présentent une vulnérabilité au stress, une qualité de vie altérée (58), un retentissement fonctionnel et un handicap psychosocial (59) pouvant être cependant très variable d'une personne à l'autre (60). Le risque suicidaire est élevé ; selon les études, entre 5 et 13 % des patients décèdent par suicide, avec un risque plus important lors des 5 premières années (61). Afin de mieux expliquer la diversité des trajectoires cliniques, sociales et personnelles des personnes vivant avec un trouble schizophrénique, de nombreuses études ont porté sur l'identification des facteurs prédictifs d'évolution des troubles (62).

Le devenir des personnes concernées est aussi fortement dépendant de leur parcours de vie, de leurs ressources et de celles que leur offre leur environnement. L'implémentation des centres de réhabilitation en France a contribué à développer l'approche fonctionnelle qui s'attache à ces dimensions. Quel que soit le modèle adopté (modèle du handicap psychique, modèle vulnérabilité-stress-compétences ou modèle du rétablissement) (63), les modalités d'intervention permettent d'être posés dès l'étape diagnostique et évaluative et de prendre en compte les déterminants impactant les capacités quotidiennes et les modalités évolutives (troubles cognitifs, symptômes résiduels notamment symptômes négatifs, engagement envers les services, expérience de la stigmatisation, autostigmatisation, soutien familial et social, capacité de gestion du stress, compétences sociales, estime de soi, stratégies adaptatives, traitement médicamenteux adapté) et de favoriser l'implication active de la personne

concernée (« empowerment »/pouvoir d'agir) et le développement de son rétablissement. La participation des personnes concernées aux décisions qui les concernent et à la construction de leur parcours de vie est une condition nécessaire à leur rétablissement.

1.2.1.7. Les outils standardisés d'aide au diagnostic des troubles et à l'évaluation des personnes

Plusieurs outils standardisés d'aide au diagnostic et à l'évaluation existent (64). Ils visent à fournir une aide aux professionnels de santé pour l'établissement du diagnostic et pour évaluer la sévérité de telle ou telle dimension symptomatique qui guidera le choix des traitements psychotropes. Ils visent aussi à une évaluation cognitive, fonctionnelle, environnementale, ainsi que des souhaits de la personne, menée par une équipe pluridisciplinaire permettant de dégager les caractéristiques du fonctionnement de la personne concernée. L'évaluation des personnes concernées constitue la première phase de la démarche de réhabilitation psychosociale, étape fondamentale pour leur rétablissement. L'évaluation doit se faire avec la participation de la personne concernée et n'a de valeur qu'inscrite dans un processus continu d'adéquation entre l'offre, le besoin et les attentes de la personne à chaque moment de son parcours ; elle doit donc être itérative.

- **L'évaluation diagnostique** : les classifications diagnostiques en vigueur (Diagnostic and statistical manual of mental disorders, revised fifth edition (DSM-5 -TR) (65) et Classification Internationale des Maladies, onzième révision (CIM 11) (66) proposent des critères diagnostiques standardisés de la « schizophrénie ». Des entretiens standardisés tels le MINI pour le DSM-5-TR (structured Mini-International Neuropsychiatric Interview (MINI, French version 5.0.0) ou le FLII-11 pour la CIM-11 (67) peuvent aider à la démarche diagnostique. Si on note une tendance à la convergence des deux classifications internationales au fil des versions, des divergences demeurent pour ce qui concerne « la schizophrénie » (durée minimum de certains symptômes, typologie, « pondération » des symptômes, place du retentissement fonctionnel, évaluation de la sévérité) (68). Une très bonne fiabilité diagnostique (calcul du coefficient de concordance kappa) de la CIM 11 pour « la schizophrénie » a été rapportée (69). Les critères diagnostiques continuent de faire l'objet de débats et de demandes d'évolution montrant la difficulté à obtenir un consensus pour le diagnostic de ces troubles (70). Ces divergences et questionnements peuvent expliquer en partie la difficulté à poser un diagnostic, surtout au début de la maladie.
- **L'évaluation symptomatique**: parmi les échelles les plus utilisées on trouve la Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS) for Schizophrenia (71-74) et la SAPS et SANS, Scale for the Assessment of Positive Symptoms (SAPS) Scale for the Assessment of Negative Symptoms (SANS) (75), une place grandissante étant donnée aux outils portant sur les symptômes négatifs, plus difficiles à cerner, mais dont l'évaluation conditionne la qualité du diagnostic (76, 77) tels le Brief Negative Symptom Scale (BNSS) (78) ou le Clinical Assessment Interview for Negative Symptoms (CAINS) (79). D'autres outils permettent d'évaluer des syndromes transnosographiques comme la dépression (80) ou la catatonie (81). Concernant plus spécifiquement l'évaluation aux stades précoces, des outils existent pour évaluer les perturbations subtiles dans les domaines émotionnels, perceptifs, cognitifs et moteurs (expressivité émotionnelle, interférence de la pensée, perturbation de la compréhension du langage, expériences de déréalisation, perturbations perceptuelles, signes psychomoteurs subtils (82) par exemple) ; ces aspects seront étudiés dans le cadre de la recommandation « Repérage et prise en charge des personnes présentant un premier épisode psychotique ou une vulnérabilité à un trouble

psychotique » (2). Plus récemment, des outils d'autoévaluation des symptômes ont été développés permettant au patient d'être acteur de sa prise en charge (83-85).

- **L'évaluation cognitive** porte sur les fonctions mnésiques, attentionnelles, exécutives, et de cognition sociale. Parmi les multiples tests préconisés (59, 86, 87), nous citerons à titre d'exemple ceux qui sont préconisés pour les centres de réhabilitation : RL/RI16 ou California Verbal learning Test (mémoire), l'empans (mémoire de travail), D2 test (attention), tests des commissions (fonctions exécutives) (88).
- **L'évaluation fonctionnelle** (88-91) permet de décentrer l'évaluation symptomatique et d'objectiver les ressources et les difficultés propres à la personne, ses besoins et attentes, et d'identifier les ressources externes et partenaires qui l'accompagneront dans le processus de soins et de rétablissement. L'évaluation fonctionnelle englobe l'évaluation du fonctionnement social et de la qualité de vie (88-91) mais aussi de la conscience des troubles (insight), de l'adhésion aux soins, des potentialités d'autonomie, des projets et souhaits de la personne, du réseau d'aide sur lequel la personne peut s'appuyer et du handicap psychique. Ce dernier résulte de l'interaction entre les difficultés de la personne, ses ressources et les facteurs environnementaux (dont la capacité de notre société à favoriser l'accès à l'emploi, à la citoyenneté, etc.). Nous citerons, à titre d'exemple, les outils préconisés pour les centres de réhabilitation : échelle d'évaluation globale du fonctionnement (EGF), Clinical Global Impression (CGI), Personal and Social Performance (PSP), le Plan de suivi individualisé (PSI), EAS (échelle d'autonomie sociale), WEMWBS (échelle de bien-être), Birchwood (échelle d'insight cognitif), SQOL (qualité de vie), MARS (adhésion au traitement), carte réseau, STORI (perception du rétablissement), SERS (estime de soi), ISMI (stigma internalisé). Ces évaluations peuvent être complétées par d'autres évaluations, par exemple une évaluation du handicap psychique (92), l'évaluation fonctionnelle accessoirisée (UCSD Performance-based Skills Assessment), mais aussi des outils évaluant les difficultés, les besoins ainsi que les ressources des personnes, tels que ELADEB et AERES (93, 94).
- **L'évaluation de l'environnement familial** (95): différents outils permettent d'évaluer l'expressivité émotionnelle familiale (le five minute speech sample), le fonctionnement familial (Systemic Clinical Outcome and Routine Evaluation -SCORE) ainsi que la souffrance des aidants (mini-Zarit).
- **Les outils numériques** ont, quant à eux, un intérêt pour un suivi plus rapproché, plus écologique et une plus grande interaction patients-soignants (96, 97). Les outils intégrant l'intelligence artificielle se développent dans le champ de l'évaluation des troubles schizophréniques mais nécessitent des études de validation (98).

Ces démarches s'inscrivent d'emblée dans un processus de soins et d'accompagnement plus large. L'évaluation clinique doit déboucher rapidement sur l'initiation d'un traitement adapté et les évaluations neuropsychologiques et psychosociales peuvent être l'occasion d'une prise de conscience et d'un dialogue qui constituent l'amorce de démarches thérapeutiques psychosociales conformes aux souhaits et besoins du patient et à son projet de rétablissement personnel. C'est dans ce cadre que doivent s'inscrire et s'articuler les différents intervenants du soin et de l'accompagnement. Cela correspond aussi à une démarche de questionnement continue, les questions du diagnostic et de l'évaluation se posant en effet tout au long des parcours de soin et de vie de la personne.

1.2.1.8. Les enjeux

Soutenir le processus de rétablissement des personnes dès le début des troubles en particulier par des stratégies d'évaluation adaptées

La dernière conférence de consensus dans le domaine des troubles schizophréniques date de 2003 (99). Depuis, des progrès ont été réalisés : déploiement de dispositifs de repérage précoce des premiers épisodes psychotiques (100) ; structuration de parcours territoriaux de santé (notamment dans le cadre des projets territoriaux de santé mentale (PTSM)) et développement des centres de ressources en réhabilitation psychosociale ; intégration croissante de l'évaluation fonctionnelle, cognitive et sociale dans les soins et d'une manière générale des pratiques orientées « rétablissement » ; émergence d'outils numériques et d'approches de psychiatrie de précision (98). L'évaluation et les outils associés permettront de définir le cadre de soins et la trajectoire de rétablissement.

Réduire les inégalités de prises en charge

Malgré ces avancées, les rapports successifs sur la psychiatrie ont tous souligné que les pratiques diagnostiques et thérapeutiques demeurent hétérogènes selon les territoires et les structures (101-105). Les disparités dans l'évaluation clinique, cognitive et fonctionnelle conduisent à de fortes inégalités d'accès à un diagnostic de qualité et à une prise en charge adaptée. L'harmonisation des pratiques doit soutenir les efforts de l'ensemble des acteurs de santé pour réduire les inégalités d'accès.

Offrir des outils d'évaluation et d'accompagnement aux professionnels et aux proches

Les acteurs possibles du repérage des signes d'alerte (éducation nationale, enseignement supérieur, protection de l'enfance, acteurs du champ social, mais aussi population générale) doivent être sensibilisés à la problématique et outillés. Le « aller vers » et l'accompagnement des personnes vers le soin est un défi dans les premiers temps des troubles schizophréniques. Le recours que constituent les associations d'usagers à même d'informer et d'accompagner les proches doit être abordé. Les médecins généralistes qui sont souvent en première ligne doivent être aussi outillés pour réaliser une première évaluation et participer à la démarche diagnostique en articulation avec le système de soins spécialisé (106).

Impliquer la personne concernée dans sa prise en soins

L'un des enjeux est l'annonce du diagnostic, étape essentielle dans la prise en soins. Cette annonce doit permettre d'orienter la personne vers une perspective de rétablissement c'est-à-dire de construction d'une identité positive au-delà de la maladie, en veillant à prévenir tout phénomène d'autostigmatisation pour favoriser l'adhésion aux soins et la prévention des rechutes (29) (107).

1.2.2. Objectif principal de la production

L'objectif principal de cette recommandation est de définir les modalités optimales du diagnostic et de l'évaluation des troubles schizophréniques, afin d'assurer une prise en charge précoce, homogène et de qualité sur l'ensemble du territoire national.

Elle visera, en s'appuyant notamment sur les recommandations internationales (108-111) à :

- harmoniser les éléments diagnostiques afin de réduire le délai entre la présence des troubles schizophréniques et la prise en charge, ce en renforçant la détection des signes schizophréniques. Ceux-ci peuvent s'installer progressivement et insidieusement et contribuer à un retard diagnostic. Ils peuvent aussi apparaître au décours d'un premier épisode psychotique. Les acteurs concernés (proches, acteurs de l'éducation nationale, acteurs de l'enseignement supérieur, acteurs des structures sociales et médico-sociales, associations d'usagers, etc.) et les

actions de sensibilisation seront identifiés. Cet objectif s'articulera avec la recommandation en cours d'élaboration sur le repérage et la prise en charge des personnes présentant un premier épisode psychotique ou une vulnérabilité à un trouble psychotique (2) ; celle-ci portera en effet sur la détection des personnes présentant des signes prodromiques, non spécifiques, ou des signes avant-coureurs de troubles schizophréniques (phase dénommée prodromique au cours de laquelle les critères pour le diagnostic de trouble schizophrénique ne sont pas remplis) tandis que la présente recommandation concernera les personnes présentant des signes répondant aux critères diagnostiques de troubles schizophréniques.

- clarifier le rôle et la place des différents acteurs (psychiatres, psychologues, médecins généralistes, équipes d'urgences, équipes de psychiatrie, dont équipes mobiles et pairs-aidants) dans la démarche diagnostique et évaluative ;
- promouvoir une approche coordonnée et pluridisciplinaire favorisant l'accès aux soins et la continuité du parcours de soins, en lien avec les dispositifs territoriaux existants et les soins ambulatoires et/ou de ville ;
- harmoniser et structurer l'évaluation multidimensionnelle (clinique, somatique, cognitive, fonctionnelle, sociale et environnementale) dans une perspective de rétablissement ;
- identifier les facteurs de risque et les comorbidités, notamment ceux et celles pouvant nécessiter une prise en charge spécifique ;
- harmoniser les pratiques diagnostiques sur l'ensemble du territoire, en s'appuyant sur les critères internationaux (DSM-5-TR, CIM-11) et les outils d'aide au diagnostic et d'évaluation validés ;
- intégrer la dimension somatique, sociale, culturelle et contextuelle dans l'évaluation ;
- adapter la démarche diagnostique et d'évaluation en fonction des différents stades cliniques et des âges ; les troubles d'apparition tardive seront abordés ainsi que la question du diagnostic différentiel et/ou des comorbidités de type troubles neuro-dégénératifs et troubles neurodéveloppementaux ;
- favoriser l'autonomie et la participation du patient à chaque étape (112, 113). Cet objectif s'appuiera sur les recommandations de la HAS de 2022 sur le processus d'annonce d'un diagnostic psychiatrique sévère à un patient adulte (107).
- permettre aux proches (parents, fratrie, famille élargie, amis), en accord avec la personne concernée, d'être informés et soutenus de manière efficace et bienveillante, afin qu'ils puissent être des partenaires à part entière dans le suivi et la prise en charge de la personne.

À terme, cette recommandation constituera un référentiel de bonnes pratiques pour l'ensemble des professionnels concernés, en cohérence avec les autres productions de la HAS en cours ou à venir relatives : 1) au repérage et à la prise en charge des personnes présentant un premier épisode psychotique ou une vulnérabilité à un trouble psychotique, 2) à la santé somatique des personnes atteintes de troubles psychiatriques chroniques, 3) à la prise en charge médicamenteuse et non médicamenteuse des troubles schizophréniques au sein de laquelle la réhabilitation psychosociale figurera.

À l'issue de ces travaux, un développement d'indicateurs de qualité et de sécurité des soins (IQSS) sera étudié par la HAS afin d'aider au déploiement des recommandations sur le terrain.

1.2.3. Bénéfices attendus

La mise en œuvre de cette recommandation devrait contribuer à réduire les inégalités d'accès au diagnostic et aux soins pour les personnes vivant avec un trouble schizophrénique, renforcer la cohérence du système de soins et améliorer les parcours de vie des personnes et de leurs proches.

Pour les patients et les proches :

- réduction du délai diagnostique et de la durée de psychose non traitée afin d'améliorer le pronostic fonctionnel ;
- diminution du risque de rechute et de chronicisation ;
- amélioration de la fiabilité et de la reproductibilité du diagnostic ;
- renforcement de l'évaluation clinique mais aussi fonctionnelle, cognitive, sociale et environnementale, composantes essentielles du pronostic ;
- renforcement de la transparence du diagnostic et de la participation du patient à la prise de décision ;
- renforcement du pouvoir d'agir des personnes vivant avec un trouble schizophrénique, garant d'une meilleure qualité de vie et de perspectives de participation sociale et citoyenne ;
- renforcement de l'information et de l'implication des proches dans la compréhension et la gestion du trouble.

Pour les professionnels de santé et les structures de soins :

- harmonisation des pratiques de diagnostic et d'évaluation sur le territoire ;
- amélioration de la coordination interprofessionnelle entre soins psychiatriques, somatiques et accompagnement social et médico-social ;
- diffusion d'outils standardisés (y compris sur supports numériques) facilitant le suivi clinique, l'évaluation des besoins et la planification des interventions ;
- renforcement de la formation continue sur le diagnostic et les comorbidités associées.

Pour le système de santé et la société en général

- réduction des inégalités territoriales d'accès au diagnostic et à l'évaluation spécialisée ;
- diminution des coûts directs et indirects de la prise en charge par la réduction des hospitalisations et l'amélioration fonctionnelle des personnes ;
- lutte contre la stigmatisation des maladies mentales.

1.3. Destinataires prioritaires de la production HAS

☒ Professionnels : équipes de psychiatrie adulte et de l'enfant et de l'adolescent (tous modes et champs d'exercice) en particulier psychiatres chargés de poser le diagnostic et autres professionnels impliqués dans l'évaluation (psychologues, infirmiers, infirmiers de pratique avancée, ergothérapeutes, etc.), professionnels jouant un rôle dans le repérage (professionnels des soins primaires, en particulier médecins généralistes et infirmiers de pratique avancée en soins primaires, professionnels des services d'urgences générales, psychiatriques et pédiatriques, professionnels des structures d'addictologie, autres professionnels des secteurs social et médico-social (inclusion sociale, personnes âgées, personnes en situation de handicap, protection de l'enfance), acteurs de la santé au travail, acteurs de santé du système éducatif et de l'enseignement supérieur

☒ Institutionnels : responsables de la formation initiale, du développement professionnel continu et de la certification des professionnels de santé ainsi que de la formation des professionnels des secteurs social et médico-social

☒ Usagers et leurs proches : personnes concernées par les troubles et leur entourage

1.4. Question(s) à traiter

Les différentes questions seront traitées en tenant compte des différents stades de la maladie (« staging ») et des éventuelles spécificités liées à l'âge de la personne concernée.

- *Modalités d'orientation vers la psychiatrie d'une personne présentant des signes de troubles schizophréniques*; le repérage et l'orientation des personnes présentant des signes prodromiques non spécifiques de troubles schizophréniques, des signes évocateurs d'un risque d'évolution vers un trouble psychotique, et des signes d'un premier épisode psychotique relèvent de la recommandation sur « le repérage et prise en charge des personnes présentant un premier épisode psychotique ou une vulnérabilité à un trouble psychotique ».
 - Quels sont les signes d'alerte ?
 - Quelles sont les actions (ayant montré une efficacité) de sensibilisation des acteurs non professionnels de santé pour le repérage de ces signes ?
 - Quels sont les professionnels et personnes concernés, comment les mobiliser et articuler leurs actions ? (usagers, proches, médecins généralistes, associations d'usagers, professionnels des Maisons des adolescents, professionnels des services d'urgences, acteurs de santé du système éducatif et de l'enseignement supérieur, professionnels de la protection de l'enfance (aide sociale à l'enfance et protection judiciaire de la jeunesse) et des structures d'addictologie, acteurs de la santé au travail, etc.). La place des proches et les ressources à leur disposition seront particulièrement explorées, en particulier le rôle des associations d'usagers, même à un stade précoce des troubles.
 - Quels sont les outils (incluant les outils numériques) préconisés pour identifier les signes d'alerte de troubles schizophréniques ?
 - Quelle est l'orientation qui peut être proposée ?
 - Quelle est l'organisation qui doit être mise en place sur les territoires pour favoriser l'accès aux soins pour ces personnes et la construction des parcours de soin et de vie ? Quelle articulation médecine de ville/ psychiatrie pour réduire les délais diagnostiques et améliorer une prise en soins la plus précoce/rapide possible ?
- *Modalités d'évaluation de la situation d'une personne orientée vers la psychiatrie pour des signes évocateurs de troubles schizophréniques*
 - 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, anamnèse du développement, évaluations psychopathologiques, cognitives, somatiques, fonctionnelle, sociale et socioéducative [parcours scolaire, académique ou professionnel], somatique (recherche de pathologies organiques), des comorbidités [cardiométaboliques, addictologiques, etc.], examens complémentaires de 1^{ère} et 2^{ème} intention (place des bilans biologiques, des explorations fonctionnelles (audition) et génétiques, place de l'imagerie, etc.), recherche des facteurs de risque etc.
 - Quelles réponses thérapeutiques immédiates, en particulier si une comorbidité organique est détectée ?
 - Quels sont les critères et outils permettant de diagnostiquer et quels sont les diagnostics différentiels psychiatriques (notamment troubles bipolaires avec caractéristiques

psychotiques, personnalité schizotypique, trouble délirant, syndrome d'Asperger etc...) et somatiques ?

- Les démarches d'évaluation : quels objectifs ? Quand ? Comment ? Par qui ? Avec quels outils ? En particulier quels sont les outils/questionnaires (incluant les outils numériques) et bilans spécialisés qui peuvent aider à l'évaluation clinique, cognitive et fonctionnelle dans une perspective de rétablissement de la personne concernée ?
- Quelles informations à transmettre à la personne concernée et à ses proches ? Quelle organisation pour l'annonce du diagnostic et le soutien de la personne et des proches ? Quel accompagnement ? Pour ces questions, les bonnes pratiques prendront appui sur les repères donnés dans le guide de la HAS Processus d'annonce d'un diagnostic psychiatrique sévère à un patient adulte : enjeux, principes et place de l'entourage (2022) (107)

1.5. Question(s), dimensions ou thématiques exclue(s)

- Le repérage et la prise en charge des personnes présentant un premier épisode psychotique ou une vulnérabilité à un trouble psychotique fait l'objet d'une autre recommandation (2) ; les travaux seront néanmoins articulés et complémentaires ;
- La prise en charge médicamenteuse et non médicamenteuse des troubles schizophréniques fera l'objet d'un deuxième volet ;
- 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) (44) ne seront pas traités ;
- 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 les recommandations devront pouvoir s'appliquer à tout patient présentant des signes évocateurs de troubles schizophréniques, les spécificités et caractéristiques précises attachées aux situations suivantes ne seront pas développées :
 - la période périnatale, traitée dans le cadre d'une recommandation en cours d'élaboration (114)
 - les situations de grande précarité : la recommandation HAS « grande précarité et troubles psychiques » publiée en 2024 (115) 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 ;
 - les situations des personnes en soins psychiatriques sans consentement en suivi ambulatoire (programme de soins) : un guide publié en 2021 par la HAS 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 (116).

2. Type de production et méthode

2.1. Type de production

Recommandations professionnelles

2.2. Méthode HAS retenue

Production HAS ou Partenariat

- Méthode RBP / RBPP

Méthode Recommandation pour la pratique clinique

Le groupe de travail sera interrogé sur l'intérêt de développer des fiches outils en plus du texte des recommandations. Les fiches pourront être centrées sur un enjeu particulier (par exemple : les outils d'évaluation) ou une cible (par exemple : les professionnels de soins primaires)

2.3. Modalités de travail

Groupe de travail (GT) ou de parties prenantes

- Un groupe de travail sera constitué. Il sera présidé par un psychiatre et comprendra environ une vingtaine d'experts intervenant à titre individuel dont :
 - cinq psychiatres (d'adultes, de l'enfant et de l'adolescent et addictologie) ; une attention sera prêté à la diversité des modes et lieux d'exercice ;
 - deux infirmiers en équipe de psychiatrie, dont un infirmier de pratique avancée ;
 - deux psychologues, y compris un psychologue spécialisé en neuropsychologie ;
 - un travailleur social en équipe de psychiatrie ;
 - un ergothérapeute ;
 - deux personnes vivant avec des troubles schizophréniques ;
 - deux membres de l'entourage de personnes concernées, dont si possible un conjoint de personne vivant avec des troubles schizophréniques ;
 - un pair-aidant accompagnant des personnes concernées ;
 - deux médecins généralistes si possible avec des expériences diversifiées ;
 - deux professionnels exerçant dans des structures sociales et/ou médico-sociales accueillant des personnes ayant des troubles psychiques, y compris structures d'addictologie ;
 - un professionnel des maisons des adolescents ;
 - deux professionnels de santé exerçant en services d'urgences (générales et psychiatriques).

Auditions ou entretiens exploratoires

Une réunion a été organisée le 20 janvier 2026 avec des représentants des organisations de professionnels et d'usagers du champ de la psychiatrie ainsi que des experts sollicités à titre individuel pour une discussion sur le cadrage du projet. En amont de cette réunion, un entretien avec un pair-aidant ainsi qu'une rencontre avec les associations d'usagers ont eu lieu. Des auditions individuelles et/ou collectives seront menés auprès de personnes concernées et de professionnels.

- Experts individuels
- Parties prenantes

Phase de relecture

Groupe de lecture (GL) : le groupe de lecture reprendra la même composition qualitative que le groupe de travail avec un nombre plus élevé d'experts et en veillant à corriger les éventuels déséquilibres du groupe de travail, si besoin. Seront ajoutés au groupe de lecture : des pédiatres ; des professionnels de la psychiatrie et de la santé mentale autres que ceux mentionnés dans la composition du groupe de travail, des professionnels des soins primaires autres que les médecins généralistes, dont

des infirmiers de pratique avancée en soins primaires ; des professionnels des services de santé scolaire et services de santé étudiante, médecine du travail et des représentants des organisations territoriales.

Avis des parties prenantes

3. Calendrier prévisionnel des productions

- Date de début : 20/01/2026
- Principales étapes du calendrier de travail :
Cinq réunions du groupe de travail sont prévues en 2026 et 2027
- Date de fin : 01/11/2027

Annexe - Bibliographie

1. Franck N. Traité de réhabilitation psychosociale. 2e édition. Paris: Elsevier Masson; 2026.
2. Haute Autorité de santé. Repérage et prise en charge des personnes présentant un premier épisode psychotique ou un risque d'évolution vers une psychose – Note de cadrage. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2025.
https://www.has-sante.fr/jcms/p_3636163/fr/reperage-et-prise-en-charge-des-personnes-presentant-un-premier-episode-psychotique-ou-un-risque-d-evolution-vers-une-psychose-note-de-cadrage
3. World Health Organization. Schizophrenia [En ligne]. Geneva: WHO; 2025.
<https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/schizophrenia>
4. Institute of Health Metrics and Evaluation, Global Health Data Exchange. GBD results [En ligne]: IHME; GHDx; 2025.
<https://vizhub.healthdata.org/gbd-results/?params=gbd-api-2019-permalink/27a7644e8ad28e739382d31e77589dd7>
5. Li X, Wei N, Song J, Liu J, Yuan J, Song R, *et al.* The global burden of schizophrenia and the impact of urbanization during 1990–2019: an analysis of the global burden of disease study 2019. *Environ Res* 2023;232:116305.
<http://dx.doi.org/10.1016/j.envres.2023.116305>
6. Chan Chee C, Chin F, Ha C, Beltzer N, Bonaldi C. Use of medical administrative data for the surveillance of psychotic disorders in France. *BMC Psychiatry* 2017;17(1):386.
<http://dx.doi.org/10.1186/s12888-017-1555-0>
7. Gourier-Frery C, Chan Chee C, Beltzer N. Prévalence de la schizophrénie et autres troubles psychotiques en France métropolitaine. *Eur Psychiatry* 2020;29(S3):625-.
<http://dx.doi.org/10.1016/j.eurpsy.2014.09.118>
8. Szoke A, Baudin G, Saba G, Pignon B, Richard JR, Leboyer M, *et al.* Prevalence of psychotic disorders in an urban area of France. *BMC Psychiatry* 2015;15:204.
<http://dx.doi.org/10.1186/s12888-015-0588-5>
9. Jongsma HE, Turner C, Kirkbride JB, Jones PB. International incidence of psychotic disorders, 2002-17: a systematic review and meta-analysis. *Lancet Public Health* 2019;4(5):e229-e44.
[http://dx.doi.org/10.1016/S2468-2667\(19\)30056-8](http://dx.doi.org/10.1016/S2468-2667(19)30056-8)
10. Hogerzeil SJ, Hoek HW, van Hemert AM. The impact of study design on schizophrenia incidence estimates: a systematic review of Northern European studies 2008-2019. *Schizophr Res* 2021;231:134-41.
<http://dx.doi.org/10.1016/j.schres.2021.03.017>
11. Luo W, Gao J, Guo Z, Han X, Song J, Su X, *et al.* Trends and cross-country inequalities in schizophrenia from 1990 to 2021, with prediction to 2035: a systematic analysis of the global burden of disease study 2021. *BMC Psychiatry* 2025;25(1):928.
<http://dx.doi.org/10.1186/s12888-025-07273-6>
12. Charlson FJ, Ferrari AJ, Santomauro DF, Diminic S, Stockings E, Scott JG, *et al.* Global epidemiology and burden of schizophrenia: findings from the global burden of disease study 2016. *Schizophr Bull* 2018;44(6):1195-203.
<http://dx.doi.org/10.1093/schbul/sby058>
13. Hjorthøj C, Stürup AE, McGrath JJ, Nordentoft M. Years of potential life lost and life expectancy in schizophrenia: a systematic review and meta-analysis [Corrections]. *Lancet Psychiatry* 2017;4(9):e19.
[http://dx.doi.org/10.1016/s2215-0366\(17\)30326-7](http://dx.doi.org/10.1016/s2215-0366(17)30326-7)
14. Laidi C, Blampain-Segar L, Godin O, de Danne A, Leboyer M, Durand-Zaleski I. The cost of mental health: where do we stand in France? *Eur Neuropsychopharmacol* 2023;69:87-95.
<http://dx.doi.org/10.1016/j.euroneuro.2023.02.004>

15. Charrier N, Chevreur K, Durand-Zaleski I. Le coût de la schizophrénie: revue de la littérature internationale. *Encephale* 2013;39 Suppl 1:S49-56.
<http://dx.doi.org/10.1016/j.encep.2012.11.004>
16. Fasseeh A, Nemeth B, Molnar A, Fricke FU, Horvath M, Koczian K, *et al.* A systematic review of the indirect costs of schizophrenia in Europe. *Eur J Public Health* 2018;28(6):1043-9.
<http://dx.doi.org/10.1093/eurpub/cky231>
17. Laidi C, Prigent A, Plas A, Leboyer M, Fond G, Chevreur K, *et al.* Factors associated with direct health care costs in schizophrenia: results from the FACE-SZ French dataset. *Eur Neuropsychopharmacol* 2018;28(1):24-36.
<http://dx.doi.org/10.1016/j.euroneuro.2017.11.020>
18. Häfner H. Onset and early course as determinants of the further course of schizophrenia. *Acta Psychiatr Scand Suppl* 2000;(407):44-8.
19. Hakulinen C, McGrath JJ, Timmerman A, Skipper N, Mortensen PB, Pedersen CB, *et al.* The association between early-onset schizophrenia with employment, income, education, and cohabitation status: nationwide study with 35 years of follow-up. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2019;54(11):1343-51.
<http://dx.doi.org/10.1007/s00127-019-01756-0>
20. Dollfus S, Brazo P. Principales dimensions symptomatiques. Approche historique et description. Dans: Dollfus S, ed. *Les schizophrénies*. Paris: Lavoisier; 2019. p. 45-53.
<https://stm.cairn.info/les-schizophrenies--9782257207395-page-45?lang=fr>
21. Salazar de Pablo G, Aymerich C, Guinart D, Catalan A, Alameda L, Trotta G, *et al.* What is the duration of untreated psychosis worldwide? - A meta-analysis of pooled mean and median time and regional trends and other correlates across 369 studies. *Psychol Med* 2024;54(4):652-62.
<http://dx.doi.org/10.1017/S0033291723003458>
22. Santos MM, Kratzer M, Zavala J, Lopez D, Ullman J, Kopelowicz A, *et al.* The duration of untreated psychosis among U.S. Latinxs and social and clinical correlates. *Front Psychiatry* 2023;14:1052454.
<http://dx.doi.org/10.3389/fpsy.2023.1052454>
23. Union nationale de familles et amis de personnes malades et ou handicapées psychiques. Baromètre Unafam. Levallois-Perret: UNAFAM; 2023.
<https://www.unafam.org/sites/default/files/fichiers-joints/10-2023/DP%20Barom%C3%A8tre%20Unafam%202023%20BD.pdf>
24. Fond G, Godin O, Schürhoff F, Berna F, André M, Aouizerate B, *et al.* Confirmations, advances and recommendations for the daily care of schizophrenia based on the French national FACE-SZ cohort. *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry* 2020;101:109927.
<http://dx.doi.org/10.1016/j.pnpbp.2020.109927>
25. Penttilä M, Jaäskeläinen 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.
<http://dx.doi.org/10.1192/bjp.bp.113.127753>
26. Souaiby L, Gaillard R, Krebs MO. Durée de psychose non traitée : état des lieux et analyse critique. *Encephale* 2016;42(4):361-6.
<http://dx.doi.org/10.1016/j.encep.2015.09.007>
27. Union nationale de familles et amis de personnes malades et ou handicapées psychiques. Un nouveau regard vers l'avenir. Guide d'information et d'accompagnement à l'usage des proches et des familles. Levallois-Perret: UNAFAM; 2020.
<https://www.unafam.org/sites/default/files/fichiers-joints/04-2020/Un%20nouveau%20regard%20vers%20l%27Avenir%20Familles%20et%20Aidants.pdf>
28. Giordana J. La stigmatisation en psychiatrie et en santé mentale. Paris: Masson; 2010.
29. Caria A, Arfeuillère S, Loubières C, Giordana JY, Todoroff F, Valery KM, *et al.* Stigmatisation et déstigmatisation. *Encycl Méd Chir - Psychiatrie* 2025;[37-888-A-60](4):1-13.
[http://dx.doi.org/10.1016/s0246-1072\(25\)43629-3](http://dx.doi.org/10.1016/s0246-1072(25)43629-3)

30. Valery KM, Prouteau A. Schizophrenia stigma in mental health professionals and associated factors: a systematic review. *Psychiatry Res* 2020;290:113068.
<http://dx.doi.org/10.1016/j.psychres.2020.113068>
31. Sarraf L, Lepage M, Sauve G. The clinical and psychosocial correlates of self-stigma among people with schizophrenia spectrum disorders across cultures: A systematic review and meta-analysis. *Schizophr Res* 2022;248:64-78.
<http://dx.doi.org/10.1016/j.schres.2022.08.001>
32. Rami FZ, Seo H, Kang C, Park S, Li L, Le TH, *et al.* Associations of polygenic risk score, environmental factors, and their interactions with the risk of schizophrenia spectrum disorders. *Psychol Med* 2025;55:e111.
<http://dx.doi.org/10.1017/S0033291725000753>
33. Pourebrahim S, Ahmad T, Rottmann E, Schulze J, Scheller B. Does cannabis use contribute to schizophrenia? a causation analysis based on epidemiological evidence. *Biomolecules* 2025;15(3).
<http://dx.doi.org/10.3390/biom15030368>
34. Cannon M, Jones PB, Murray RM. Obstetric complications and schizophrenia: historical and meta-analytic review. *Am J Psychiatry* 2002;159(7):1080-92.
<http://dx.doi.org/10.1176/appi.ajp.159.7.1080>
35. Vassos E, Pedersen CB, Murray RM, Collier DA, Lewis CM. Meta-analysis of the association of urbanicity with schizophrenia. *Schizophr Bull* 2012;38(6):1118-23.
<http://dx.doi.org/10.1093/schbul/sbs096>
36. Murray RM, Bhavsar V, Tripoli G, Howes O. 30 years on: how the neurodevelopmental hypothesis of schizophrenia morphed into the developmental risk factor model of psychosis. *Schizophr Bull* 2017;43(6):1190-6.
<http://dx.doi.org/10.1093/schbul/sbx121>
37. de Winter L, Vermeulen JM, Couwenbergh C, van Weeghel J, Hasson-Ohayon I, Mulder CL, *et al.* Short- and long-term changes in symptom dimensions among patients with schizophrenia spectrum disorders and different durations of illness: A meta-analysis. *J Psychiatr Res* 2023;164:416-39.
<http://dx.doi.org/10.1016/j.ipsychires.2023.06.031>
38. Striebel JM. What is schizophrenia - symptomatology. *CNS Spectr* 2024;30(1):e12.
<http://dx.doi.org/10.1017/s1092852924000622>
39. Mucci A, Leucht S, Giordano GM, Giuliani L, Wehr S, Weigel L, *et al.* Assessment of negative symptoms in schizophrenia: from the consensus conference-derived scales to remote digital phenotyping. *Brain Sci* 2025;15(1).
<http://dx.doi.org/10.3390/brainsci15010083>
40. Bombassaro T, Carrilho CG, Peixoto C, Alves GS, Kahn JP, Nardi AE, *et al.* Cognition in schizophrenia: a systematic review of Wechsler adult intelligence scale studies. *Prim Care Companion CNS Disord* 2023;25(5).
<http://dx.doi.org/10.4088/PCC.22r03456>
41. Gebreegziabhere Y, Habatmu K, Mihretu A, Cella M, Alem A. Cognitive impairment in people with schizophrenia: an umbrella review. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 2022;272(7):1139-55.
<http://dx.doi.org/10.1007/s00406-022-01416-6>
42. Marzloff V. Déficit en cognition sociale. Dans: Dollfus S, ed. *Les schizophrénies*. Paris: Lavoisier; 2019.
43. Guloksuz S, van Os J. Renaming schizophrenia: 5 x 5. *Epidemiol Psychiatr Sci* 2019;28(3):254-7.
<http://dx.doi.org/10.1017/S2045796018000586>
44. 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; 2022.
https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2022-10/cll_sczdp_has_pnds_texte_27_09_22_version-finale.pdf

45. Heslin M, Lomas B, Lappin JM, Donoghue K, Reininghaus U, Onyejiaka A, *et al.* Diagnostic change 10 years after a first episode of psychosis. *Psychol Med* 2015;45(13):2757-69.
<http://dx.doi.org/10.1017/S0033291715000720>
46. Lee H, Lee JH, Lee S, Lim JS, Kim HJ, Park J, *et al.* Comorbid health outcomes in patients with schizophrenia: an umbrella review of systematic reviews and meta-analyses. *Mol Psychiatry* 2025;30(3):1127-37.
<http://dx.doi.org/10.1038/s41380-024-02792-2>
47. Salari N, Maghami N, Ammari T, Mosafer H, Abdullahi R, Rasoulpoor S, *et al.* Global prevalence of metabolic syndrome in schizophrenia patients: a systematic review and meta-analysis. *J Prev* 2024;45(6):973-86.
<http://dx.doi.org/10.1007/s10935-024-00798-8>
48. Dong K, Wang S, Qu C, Zheng K, Sun P. Schizophrenia and type 2 diabetes risk: a systematic review and meta-analysis. *Front Endocrinol (Lausanne)* 2024;15:1395771.
<http://dx.doi.org/10.3389/fendo.2024.1395771>
49. Buckley PF, Miller BJ, Lehrer DS, Castle DJ. Psychiatric comorbidities and schizophrenia. *Schizophr Bull* 2009;35(2):383-402.
<http://dx.doi.org/10.1093/schbul/sbn135>
50. Chiappini S, Mosca A, Miuli A, G DAA, Cavallotto C, Semeraro F, *et al.* Exploring dual diagnoses: psychopathological characteristics in the co-occurrence of schizophrenia and addiction - a scoping review. *Psychopathology* 2025:1-55.
<http://dx.doi.org/10.1159/000547322>
51. Edwards CJ, Garety P, Hardy A. The relationship between depressive symptoms and negative symptoms in people with non-affective psychosis: a meta-analysis. *Psychol Med* 2019;49(15):2486-98.
<http://dx.doi.org/10.1017/s0033291719002381>
52. Guerrero-Jimenez M, Carrillo de Albornoz Calahorro CM, Girela-Serrano B, Bodoano Sanchez I, Gutierrez-Rojas L. Post-psychotic depression: an updated review of the term and clinical implications. *Psychopathology* 2022;55(2):82-92.
<http://dx.doi.org/10.1159/000520985>
53. Cunill R, Vives L, Pla M, Usall J, Castells X. Relationship between obsessive compulsive symptomatology and severity of psychotic symptoms in schizophrenia: Meta-analysis and meta-regression analysis. *Schizophr Res* 2023;251:37-45.
<http://dx.doi.org/10.1016/j.schres.2022.12.013>
54. Seong A, Cho SE, Na KS. Prevalence and correlates of comorbid posttraumatic stress disorder in schizophrenia-spectrum disorder: a systematic review and meta-analysis. *Psychiatry Investig* 2023;20(6):483-92.
<http://dx.doi.org/10.30773/pi.2022.0353>
55. Kouidrat Y, Amad A, Lalau JD, Loas G. Eating disorders in schizophrenia: implications for research and management. *Schizophr Res Treatment* 2014;2014:791573.
<http://dx.doi.org/10.1155/2014/791573>
56. Millet B, Vanelle J. Formes évolutives des schizophrénies. Dans: Dollfus S, ed. *Les schizophrénies*. Paris: Lavoisier; 2019. p. 97-102.
57. Molstrom IM, Nordgaard J, Urfer-Parnas A, Handest R, Berge J, Henriksen MG. The prognosis of schizophrenia: a systematic review and meta-analysis with meta-regression of 20-year follow-up studies. *Schizophr Res* 2022;250:152-63.
<http://dx.doi.org/10.1016/j.schres.2022.11.010>
58. Hoseinipalangi Z, Golmohammadi Z, Rafiei S, Pashazadeh Kan F, Hosseinifard H, Rezaei S, *et al.* Global health-related quality of life in schizophrenia: systematic review and meta-analysis. *BMJ Support Palliat Care* 2022;12(2):123-31.
<http://dx.doi.org/10.1136/bmjspcare-2021-002936>
59. Vita A, Barlati S, Cavallaro R, Mucci A, Riva MA, Rocca P, *et al.* Definition, assessment and treatment of cognitive impairment associated with schizophrenia: expert opinion and practical recommendations. *Front Psychiatry* 2024;15:1451832.
<http://dx.doi.org/10.3389/fpsy.2024.1451832>

60. de Winter L, Couwenbergh C, van Weeghel J, Hasson-Ohayon I, Vermeulen JM, Mulder CL, *et al.* Changes in social functioning over the course of psychotic disorders-A meta-analysis. *Schizophr Res* 2022;239:55-82.
<http://dx.doi.org/10.1016/j.schres.2021.11.010>
61. Olié É, Courtet P. Schizophrénies, dépression et risque suicidaire. Dans: *Les schizophrénies*. Cachan: Lavoisier; 2019. p. 188-92.
62. Solmi M, Cortese S, Vita G, De Prisco M, Radua J, Dragioti E, *et al.* An umbrella review of candidate predictors of response, remission, recovery, and relapse across mental disorders. *Mol Psychiatry* 2023;28(9):3671-87.
<http://dx.doi.org/10.1038/s41380-023-02298-3>
63. Morin L, Franck N. Valeurs de la réhabilitation psychosociale. Dans: Franck N, ed. *Traité de réhabilitation psychosociale*. Paris: Elsevier Masson; 2018. p. 16-25.
64. Rocha Neto H, Moreira ALR, Hosken L, Langfus JA, Cavalcanti MT, Youngstrom EA, *et al.* Inter-rater reliability between structured and non-structured interviews is fair in schizophrenia and bipolar disorders-a systematic review and meta-analysis. *Diagnostics* 2023;13(3).
<http://dx.doi.org/10.3390/diagnostics13030526>
65. American Psychiatric Association. *Diagnostic statistical manual of mental disorders, fifth edition, text revision (DSM-5-TR)*. Washington: APA; 2022.
66. World Health Organization. *International Classification of Diseases, eleventh revision*. Geneva: WHO; 2018.
67. Reed GM, Maré KT, First MB, Jaisoorya TS, Rao GN, Dawson-Squibb JJ, *et al.* The WHO flexible interview for ICD-11 (FLII-11). *World Psychiatry* 2024;23(3):359-60.
<http://dx.doi.org/10.1002/wps.21227>
68. First MB, Gaebel W, Maj M, Stein DJ, Kogan CS, Saunders JB, *et al.* An organization- and category-level comparison of diagnostic requirements for mental disorders in ICD-11 and DSM-5. *World Psychiatry* 2021;20(1):34-51.
<http://dx.doi.org/10.1002/wps.20825>
69. Reed GM, Sharan P, Rebello TJ, Keeley JW, Elena Medina-Mora M, Gureje O, *et al.* The ICD-11 developmental field study of reliability of diagnoses of high-burden mental disorders: results among adult patients in mental health settings of 13 countries. *World Psychiatry* 2018;17(2):174-86.
<http://dx.doi.org/10.1002/wps.20524>
70. Moritz S, Borgmann L, Heinz A, Fuchs T, Gallinat J. Towards the DSM-6: results of a survey of experts on the reintroduction of first-rank symptoms as core criteria of schizophrenia and on redefining hallucinations. *Schizophr Bull* 2024;50(5):1050-4.
<http://dx.doi.org/10.1093/schbul/sbae061>
71. Lim K, Peh OH, Yang Z, Rekh G, Rapisarda A, See YM, *et al.* Large-scale evaluation of the Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS) symptom architecture in schizophrenia. *Asian J Psychiatr* 2021;62:102732.
<http://dx.doi.org/10.1016/j.ajp.2021.102732>
72. Shafer A, Dazzi F. Meta-analytic exploration of the joint factors of the Brief Psychiatric Rating Scale - Expanded (BPRS-E) and the positive and negative symptoms scales (PANSS). *J Psychiatr Res* 2021;138:519-27.
<http://dx.doi.org/10.1016/j.jpsychires.2021.04.016>
73. Sifis S, Brandt L, McCutcheon RA, Gutwinski S, Schneider-Thoma J, Bighelli I, *et al.* Relapse in clinically stable adult patients with schizophrenia or schizoaffective disorder: evidence-based criteria derived by equipercntile linking and diagnostic test accuracy meta-analysis. *Lancet Psychiatry* 2024;11(1):36-46.
[http://dx.doi.org/10.1016/S2215-0366\(23\)00364-4](http://dx.doi.org/10.1016/S2215-0366(23)00364-4)
74. Geck S, Roithmeier M, Buhner M, Wehr S, Weigel L, Priller J, *et al.* COSMIN systematic review and meta-analysis of the measurement properties of the PANSS-6. *Eur Neuropsychopharmacol* 2025;94:41-50.
<http://dx.doi.org/10.1016/j.euroneuro.2025.02.008>

75. Dazzi F, Shafer A. Meta-analysis of the factor structure of the Scale for the Assessment of Negative Symptoms (SANS) and the Scale for the Assessment of Positive Symptoms (SAPS). *Schizophr Res* 2024;274:464-72.
<http://dx.doi.org/10.1016/j.schres.2024.10.027>
76. Galderisi S, Mucci A, Dollfus S, Nordentoft M, Falkai P, Kaiser S, *et al.* EPA guidance on assessment of negative symptoms in schizophrenia. *Eur Psychiatry* 2021;64(1):e23.
<http://dx.doi.org/10.1192/j.eurpsy.2021.11>
77. Weigel L, Wehr S, Galderisi S, Mucci A, Davis JM, Leucht S. Clinician-reported negative symptom scales: a systematic review of measurement properties. *Schizophr Bull* 2024;51(1):3-16.
<http://dx.doi.org/10.1093/schbul/sbae168>
78. Weigel L, Wehr S, Galderisi S, Mucci A, Davis J, Giordano GM, *et al.* The Brief negative Symptom Scale (BNSS): a systematic review of measurement properties. *Schizophrenia* 2023;9(1):45.
<http://dx.doi.org/10.1038/s41537-023-00380-x>
79. Wehr S, Weigel L, Davis J, Galderisi S, Mucci A, Leucht S. Clinical Assessment Interview for Negative Symptoms (CAINS): a systematic review of measurement properties. *Schizophr Bull* 2024;50(4):747-56.
<http://dx.doi.org/10.1093/schbul/sbad137>
80. Porter L, Jones C, Fox A. Reliability of the Calgary depression scale for schizophrenia: a meta-analysis. *Schizophr Res* 2022;240:32-45.
<http://dx.doi.org/10.1016/j.schres.2021.11.040>
81. Hirjak D, Brandt GA, Fritze S, Kubera KM, Northoff G, Wolf RC. Distribution and frequency of clinical criteria and rating scales for diagnosis and assessment of catatonia in different study types. *Schizophr Res* 2024;263:93-8.
<http://dx.doi.org/10.1016/j.schres.2022.12.019>
82. Pieters LE, Nadesalingam N, Walther S, van Harten PN. A systematic review of the prognostic value of motor abnormalities on clinical outcome in psychosis. *Neurosci Biobehav Rev* 2022;132:691-705.
<http://dx.doi.org/10.1016/j.neubiorev.2021.11.027>
83. Buck B, Gagen EC, Halverson TF, Nagendra A, Ludwig KA, Fortney JC. A systematic search and critical review of studies evaluating psychometric properties of patient-reported outcome measures for schizophrenia. *J Psychiatr Res* 2022;147:13-23.
<http://dx.doi.org/10.1016/j.ipsychores.2021.12.053>
84. Combaluzier S, Gouvernet B, Launay C, Murphy P. DSM-5 self-rated level 1 cross-cutting symptom measure (CCSM1): proposal for a three-factors model and implications for the assessment of at-risk situations. *Encephale* 2024;50(5):531-8.
<http://dx.doi.org/10.1016/j.encep.2023.11.004>
85. Metivier L, Dollfus S. Systematic review of self-assessment scales for negative symptoms in schizophrenia. *Brain Sci* 2025;15(2).
<http://dx.doi.org/10.3390/brainsci15020148>
86. Grover S, Mohapatra D, Vaiteswaran S, Mehta UM, Venkatasubramanian G, Thirthalli J. Clinical practice guidelines for assessment and management of cognitive impairment in schizophrenia. *Indian journal of psychiatry* 2025;67(1):65-83.
http://dx.doi.org/10.4103/indianjpsychiatry.indianjpsychiatry_690_24
87. Vita A, Gaebel W, Mucci A, Sachs G, Erfurth A, Barlati S, *et al.* European Psychiatric Association guidance on assessment of cognitive impairment in schizophrenia. *Eur Psychiatry* 2022;65(1):e58.
<http://dx.doi.org/10.1192/j.eurpsy.2022.2316>
88. Roussel C, Callot J. Évaluation en situation de vie et coordination inter-équipe. Dans: Franck N, ed. *Traité de réhabilitation psychosociale*. Paris: Elsevier Masson; 2018. p. 399-406.
89. Vanzetti M, Bulzacka E, Delourme G, Dupuis M, Josserand A-C, Pousthomis M. Évaluation subjective de l'autonomie et mise en situation écologique. Dans: Franck N, ed. *Traité de réhabilitation psychosociale*. Paris: Elsevier Masson; 2018. p. 414-29.

90. Long M, Stansfeld JL, Davies N, Crellin NE, Moncrieff J. A systematic review of social functioning outcome measures in schizophrenia with a focus on suitability for intervention research. *Schizophr Res* 2022;241:275-91.
<http://dx.doi.org/10.1016/j.schres.2022.02.011>
91. Hadzi Boskovic D, Smith-Palmer J, Pohlmann J, Pollock RF, Hwang S, Bruhn D. Systematic literature review of studies reporting measures of functional outcome or quality of life in people with negative symptoms of schizophrenia. *Patient Relat Outcome Meas* 2024;15:199-217.
<http://dx.doi.org/10.2147/PROM.S454845>
92. Passerieux C, Bulot V, Hardy-Baylé MC, Roux P. Assessing cognitive-related disability in schizophrenia: reliability, validity and underlying factors of the evaluation of cognitive processes involved in disability in schizophrenia scale. *Disabil Rehabil* 2018;40(16):1953-9.
<http://dx.doi.org/10.1080/09638288.2017.1312568>
93. Pomini V, Reymond C, Golay P, Fernandez S, Grasset F. Manuel ELADEB version révisée - 2011. Echelles lausannoises d'auto-évaluation des difficultés et des besoins. Prilly: CHUV; 2008.
https://ateliers-rehab.ch/docs/eladeb/ELADEB_Manuel.pdf
94. Bellier-Teichmann T, Pomini V. L'évaluation des ressources en réhabilitation psychosociale. Dans: Franck N, ed. *Traité de réhabilitation psychosociale*. 2e édition. Paris: Elsevier Masson; 2026.
95. Rochet C, Frankhauser A. Place des familles dans la démarche de réhabilitation. Dans: Franck N, ed. *Traité de réhabilitation psychosociale*. Paris: Elsevier Masson; 2018. p. 765-79.
96. Molina R, Porras-Segovia A, Ruiz M, Baca-Garcia E. eHealth tools for assessing psychomotor activity in schizophrenia: a systematic review. *Braz J Psychiatry* 2020;43(1):102-7.
<http://dx.doi.org/10.1590/1516-4446-2019-0867>
97. Wright AC, Browne J, Skiest H, Bhiku K, Baker JT, Cather C. The relationship between conventional clinical assessments and momentary assessments of symptoms and functioning in schizophrenia spectrum disorders: A systematic review. *Schizophr Res* 2021;232:11-27.
<http://dx.doi.org/10.1016/j.schres.2021.04.010>
98. Di Stefano V, D'Angelo M, Monaco F, Vignapiano A, Martiadis V, Barone E, *et al*. Decoding schizophrenia: how ai-enhanced fMRI unlocks new pathways for precision psychiatry. *Brain Sci* 2024;14(12).
<http://dx.doi.org/10.3390/brainsci14121196>
99. Vanelle J. Les conférences de consensus en France dans le domaine de la schizophrénie. *Ann Med Psychol (Paris)* 2005;163(9):758-63.
<http://dx.doi.org/10.1016/j.amp.2005.09.005>
100. Mathevet L, Krebs M. 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.
<http://dx.doi.org/10.1684/ipe.2024.2796>
101. Leboyer M, Llorca P. *Psychiatrie : l'état d'urgence*. Paris: Fayard; 2018.
102. Cour des comptes. Les parcours dans l'organisation des soins de psychiatrie. Paris: CC; 2021.
<https://www.ccomptes.fr/sites/default/files/2021-02/20210216-rapport-parcours-organisation-soins-psychiatrie.pdf>
103. Comité consultatif national d'éthique. Avis 147- Enjeux éthiques relatifs à la crise de la psychiatrie : une alerte du C.C.N.E. Paris: CCNE; 2025.
<https://www.ccne-ethique.fr/sites/default/files/2025-01/Avis%20147.pdf>
104. Fédération hospitalière de France. Répondre à l'urgence et bâtir l'avenir de la psychiatrie. Paris: FHF; 2025.
<https://www.fhf.fr/expertises/offres-de-soins/psychiatrie/repondre-lurgence-et-batir-lavenir-de-la-psychiatrie-les-propositions-de-la-fhf>
105. Santé mentale France. L'urgence d'agir : 17 propositions pour une société résiliente et inclusive. Livre blanc. Paris: SMF; 2025.

106. Haute Autorité de santé. Coordination entre le médecin généraliste et les différents acteurs de soins dans la prise en charge des patients adultes souffrant de troubles mentaux – états des lieux, repères et outils pour une amélioration. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2018.

https://www.has-sante.fr/jcms/c_2874187/fr/coordination-entre-le-medecin-generaliste-et-les-differents-acteurs-de-soins-dans-la-prise-en-charge-des-patients-adultes-souffrant-de-troubles-mentaux-etats-des-lieux-reperes-et-outils-pour-une-amelioration

107. Haute Autorité de santé. Processus d'annonce d'un diagnostic psychiatrique sévère à un patient adulte : enjeux, principes et place de l'entourage. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2022.

https://www.has-sante.fr/jcms/p_3367859/fr/processus-d-annonce-d-un-diagnostic-psychiatrique-severe-a-un-patient-adulte-enjeux-principes-et-place-de-l-entourage

108. 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/resources/psychosis-and-schizophrenia-in-adults-prevention-and-management-pdf-35109758952133>

109. American Psychiatric Association. The American Psychiatric Association practice guideline for the treatment of patients with schizophrenia. third edition. Washington: APA; 2020.

110. Addington D, Abidi S, Garcia-Ortega I, Honer WG, Ismail Z. Canadian guidelines for the assessment and diagnosis of patients with schizophrenia spectrum and other psychotic disorders. *Can J Psychiatry* 2017;62(9):594-603.

<http://dx.doi.org/10.1177/0706743717719899>

111. Castle DJ, Galletly CA, Dark F, Humberstone V, Morgan VA, Killackey E, *et al.* The 2016 Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists guidelines for the management of schizophrenia and related disorders. *The Medical journal of Australia* 2017;206(11):501-5.

112. Haute Autorité de santé. Soutenir et encourager l'engagement des usagers dans les secteurs social, médico-social et sanitaire. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2020.

https://www.has-sante.fr/jcms/p_3201812/fr/soutenir-et-encourager-l-engagement-des-usagers-dans-les-secteurs-social-medico-social-et-sanitaire

113. Haute Autorité de santé. Expérience patient et savoir expérientiel : deux notions à clarifier pour développer l'engagement ou la participation. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2025.

https://www.has-sante.fr/jcms/p_3602447/fr/experience-patient-et-savoir-experientiel-deux-notions-a-clarifier-pour-developper-l-engagement-ou-la-participation

114. Haute Autorité de santé. Repérage, diagnostic et prise en charge des troubles psychiques périnatals - Note de cadrage. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2021.

https://www.has-sante.fr/jcms/p_3234406/fr/reperage-diagnostic-et-prise-en-charge-des-troubles-psychiques-perinatals-note-de-cadrage

115. Haute Autorité de santé. Intervenir auprès des personnes en situation de grande précarité présentant des troubles psychiques. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2024.

https://www.has-sante.fr/jcms/p_3289276/fr/grande-precarite-et-troubles-psychiques-intervenir-aupres-des-personnes-en-situation-de-grande-precarite-presentant-des-troubles-psychiques

116. Haute Autorité de santé. Programme de soins psychiatriques sans consentement. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2021.

https://www.has-sante.fr/jcms/p_3260568/fr/programme-de-soins-psychiatriques-sans-consentement