

10 MESURES D'URGENCE

pour le repérage et l'intervention précoce en santé mentale

RAPPORT

**Remis à Mme Stéphanie Rist, Ministre de la Santé, des Familles,
de l'Autonomie et des Personnes handicapées le 12 février 2026**

Dr Rachel Bocher
Pr Marie Odile Krebs
Angèle Malâtre-Lansac

Ce rapport a été rédigé par :

- Dr Rachel Bocher, Psychiatre des Hôpitaux, Cheffe de pôle au CHU Nantes
- Pr Marie-Odile Krebs, Psychiatre d'adulte, Cheffe du pôle PEPIT au GHU Paris Psychiatrie et Neurosciences, Responsable d'équipe à l'IPNP Inserm UMR1266 - Université Paris Cité, Coordinatrice du réseau Transition et du RHU PsyCARE
- Mme Angèle Malâtre-Lansac, déléguée générale pour l'Alliance de la Santé Mentale.

dans le cadre de la mission sur le repérage et l'intervention précoce en santé mentale, initiée à la demande de Mr Yannick Neuder, Ministre de la Santé et de l'accès aux soins.

La mission s'est déroulée de novembre 2025 à février 2026.

Dans ce cadre, ont été auditionnées plus de 100 personnes que nous remercions pour leur temps et leur implication (listées en annexe)

Nous remercions également Mmes Laetitia Vrignaud, Lydie Mathevet et Léa De Macedo pour leur aide précieuse dans la conduite et la synthèse des auditions.

Nous remercions enfin Paris Santé campus et son directeur Antoine Tesnière pour leur accueil au sein de leurs locaux.

RÉSUMÉ

10 mesures d'urgence pour le repérage et l'intervention précoce en santé mentale

Les troubles psychiques constituent aujourd'hui la première cause de morbidité et de handicap chez les jeunes de 15 à 25 ans, période déterminante pour la construction personnelle, sociale et professionnelle. La dégradation récente de la santé mentale des jeunes en France impose une réponse structurelle et rapide.

Si plusieurs dispositifs de première ligne ont été déployés, ils ne permettent pas encore un accès fluide et rapide vers les soins spécialisés lorsque la situation l'exige, et l'enchevêtrement des structures à destination des jeunes s'apparente souvent à un millefeuille illisible. Les délais actuels d'accès aux soins sont particulièrement préoccupants (entre 2 et 5 ans). Trop souvent, l'entrée dans les soins se fait en situation de crise, via les urgences ou sous contrainte, avec un impact traumatique pour le jeune et son entourage.

Le rapport de la mission « Intervention et repérage précoce » s'appuie sur une revue de littérature internationale et plus de 100 auditions menées entre novembre 2025 et janvier 2026. Ces travaux ont mis en évidence :

- Les difficultés d'orientation dès les premiers signes liées au manque de connaissance sur les ressources disponibles et de formation sur l'intervention précoce, ses principes d'action et son utilité ;
- L'éclatement des dispositifs existants et le manque de coordination entre les acteurs se traduisant en une absence de réponse graduée et lisible sur les territoires ;
- Les multiples silos entre les acteurs de l'éducation, du soin et du médicosocial, ainsi qu'entre les professionnels de la psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent et la psychiatrie adulte.

À l'échelle internationale, les programmes de Détection et d'Intervention Précoce (DIP), développés depuis les années 1990, ont démontré leur efficacité clinique et médico-économique. Ils permettent d'améliorer le pronostic fonctionnel, de préserver les trajectoires de vie et présentent un gain économique majeur (15 € économisés pour 1 € investi). Lorsqu'ils interviennent dès les premiers signes atténués, ils réduisent d'un tiers le risque d'évolution vers des troubles sévères.

L'intervention précoce constitue un changement de paradigme : elle ne repose pas uniquement sur un diagnostic rapide, mais sur une intervention dès l'apparition d'une altération du fonctionnement, avant la crise et avant la catégorisation diagnostique formelle. Elle s'appuie sur une approche innovante sortant des silos traditionnels et adopte une logique de *staging*, inspirée de l'oncologie, avec des soins adaptés au stade évolutif du trouble et aux contraintes et usages des jeunes.

L'intervention précoce en psychiatrie chez l'adolescent et le jeune adulte constitue une avancée majeure en santé mentale. En intervenant rapidement, de manière globale et personnalisée, elle améliore le pronostic médical et social, favorise le rétablissement et limite l'impact financier et

sociétal des troubles sévères. De plus, elle représente une avancée majeure et attractive pour les professionnels en portant une vision optimiste des capacités de rétablissement des jeunes. Son déploiement à l'échelle nationale représente un enjeu stratégique pour accompagner les nouvelles générations vers l'âge adulte avec les meilleures chances de développement, sans perte de chance, dans une société plus inclusive et attentive à la santé mentale.

Trois principes structurants

Les recommandations proposées forment un système cohérent fondé sur trois principes directeurs

1. Une gradation claire et lisible des parcours

Définir précisément, à chaque niveau, les missions, les compétences attendues et les modalités d'orientation. L'objectif est d'éviter la superposition des dispositifs, garantir la lisibilité pour les jeunes et leurs familles, assurer un accès rapide aux soins spécialisés sans saturer les ressources, et éviter toute perte de chance pour les jeunes les plus à risque.

2. Une approche décloisonnée et « transdiagnostique »

L'intervention doit intervenir avant la crise et avant le diagnostic catégoriel. Elle doit répondre aux besoins fonctionnels et développementaux des jeunes, quels que soient les tableaux cliniques, en intégrant également les troubles du neurodéveloppement susceptibles de se compliquer à cet âge.

3. Une continuité entre repérage et intervention

Repérer sans solution d'orientation rapide conduit à l'échec. Le repérage doit s'inscrire dans une culture commune partagée, fondée sur la sensibilisation du grand public, la formation graduée des professionnels et une articulation forte entre première ligne, soins primaires et soins spécialisés. Les parcours doivent être pensés dans une continuité entre psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent (PEA) et psychiatrie adulte (PA).

Les 10 recommandations

Les propositions suivantes doivent être envisagées comme un ensemble structuré et indissociable :

Recommandation 1 :

Établir une cartographie à l'échelle des territoires des ressources et partenaires impliqués dans le repérage et les soins pour les jeunes.

Recommandation 2 :

Repenser l'articulation entre repérage, orientation et soins.

Recommandation 3 :

Structurer un pilotage national du repérage et l'intervention précoce avec un centre ressource national.

Recommandation 4 :

Mailler le territoire avec des dispositifs d'intervention précoce.

Recommandation 5 :

Former l'ensemble des acteurs aux nouvelles pratiques de soins adaptées à l'intervention précoce.

Recommandation 6 :

Favoriser le changement de pratique à l'échelle des territoires.

Recommandation 7 :

Développer les nouvelles technologies en santé au service du repérage et de l'intervention précoce.

Recommandation 8 :

Assurer un financement pérenne et pluriannuel.

Recommandation 9 :

Soutenir les programmes de recherche sur l'intervention précoce et la prévention en santé mentale des adolescents et jeunes adultes.

Recommandation 10 :

Renforcer la co-construction avec les usagers et leurs proches.

Un choix stratégique de santé publique et de société

L'intervention précoce représente une transformation profonde de l'organisation des soins. Elle vise à limiter la chronicisation, prévenir le décrochage scolaire et professionnel, réduire les conduites à risque et prévenir le suicide. Elle contribue également à soutenir l'insertion sociale, la parentalité future et la citoyenneté.

Elle implique :

- Une réorganisation des filières d'accès aux soins
- Une articulation renforcée entre première et deuxième ligne
- Une continuité PEA-PA
- Une approche trans-sectorielle intégrant les déterminants de santé (éducation, culture, sport, politiques sociales)

Les initiatives portées en France, notamment au sein du réseau Transition, démontrent la faisabilité du modèle, y compris en s'adaptant au secteur généralement à l'échelle intersectorielle, et son attractivité pour les professionnels, qui y retrouvent du sens. Toutefois, le passage à l'échelle nécessite un cahier des charges défini, une gouvernance claire, une vision interministérielle de long terme et des financements pérennes. L'intervention précoce ne peut réussir, à l'instar du plan cancer, sans un plan pluriannuel structuré, associant ressources humaines, transformation organisationnelle et investissements durables.

Table des matières

Editorial	8
Introduction	9
1. État des lieux	12
1.1. Adolescents et jeunes adultes : une période critique de développement	12
1.2. Des parcours illisibles et des silos qui génèrent des pertes de chance majeures	14
1.3. L'intervention précoce : un modèle de prise en charge globale et coordonnée qui a fait ses preuves à l'international	15
Les expériences internationales montrent l'efficacité de l'intervention précoce.....	17
Les composantes essentielles de l'intervention précoce.....	17
Le parcours coordonné de l'intervention précoce	19
1.4. Etat des lieux en France	20
Focus sur le réseau Transition :.....	20
Diagnostic organisationnel et institutionnel de l'intervention précoce.....	22
1.5. Un développement encore insuffisant en France	23
2. Recommandations	28
2.1. Les conditions de la réussite	28
1/ Un cadre national lisible avec gouvernance claire en termes de pilotage.....	28
2/ Une organisation ancrée sur les territoires.....	28
3/ Des structures-ressources identifiées dans les territoires : des rôles clairs et lisibles pour chacun.....	28
4/ Des ressources humaines stratégiques pour développer une culture commune des professionnels.....	29
5/ Des programmes d'intervention précoce spécifiques adaptés à l'âge de transition, visibles dans les territoires.....	30
2.2. 10 mesures d'urgence pour le repérage et l'intervention précoce	31
Recommandation 1 : Établir une cartographie à l'échelle des territoires des ressources et partenaires impliqués dans le repérage et les soins pour les jeunes.....	31
Recommandation 2 : Repenser l'articulation entre repérage, orientation et soins.....	31
Recommandation 3 : Structurer un pilotage national du repérage et l'intervention précoce avec un centre ressource national.....	32
Recommandation 4 : Mailler le territoire avec des dispositifs d'intervention précoce.....	33
Recommandation 5 : Former l'ensemble des acteurs aux nouvelles pratiques de soins adaptées à l'intervention précoce.....	34
Recommandation 6 - Favoriser le changement de pratiques à l'échelle des territoires.....	35
Recommandation 7 - Développer les nouvelles technologies en santé au service du repérage et de l'intervention précoce.....	36
Recommandation 8 - Assurer un financement pérenne et pluriannuel.....	36
Recommandation 9 - Soutenir les programmes de recherche sur l'intervention précoce et la prévention en santé mentale des adolescents et jeunes adultes.....	37
Recommandation 10 - Renforcer la co-construction avec les usagers et leurs proches.....	38
3. Conclusion	39
ANNEXES	40

Annexe 1 : Abréviations.....	40
Annexe 2 : 10 MESURES D'URGENCE.....	41
Annexe 3 : Cartographie des Dispositifs d'intervention précoce en France.....	42
Annexe 4 : Éléments clés des soins de santé mentale pour les jeunes Commission pour la santé mentale des jeunes, Lancet Psychiatry.....	43
Annexe 5 : Composantes essentielles de l'intervention précoce.....	44
Annexe 6 : Références.....	45
Annexe 7 : Liste des personnes auditionnées.....	48
Annexe 8 : Lettre de mission.....	52

Editorial :

L'intervention précoce en santé mentale : une évidence solidement étayée

Agir tôt c'est soigner mieux : pas besoin d'être grand clerc ni docteur en médecine pour imaginer que ce principe doit guider l'organisation des soins, comme c'est le cas par exemple en oncologie par le biais de programmes de dépistage ou en cardiologie par celui de l'information de la population sur la signification des douleurs thoraciques. Et pourtant... même si de nombreux psychiatres ont réalisé dès le début du 20^{ème} siècle que la majorité des patients n'avaient accès aux soins que trop tardivement et qu'il était alors presque impossible de modifier leur trajectoire, ce n'est que depuis environ 30 ans qu'un concept d'intervention précoce s'est concrètement mis en place en Australie pour les troubles psychiatriques.

Dès 1990, le programme EPPIC de Melbourne visait d'une part à faciliter l'accès aux soins de manière à diminuer la durée de psychose non traitée et d'autre part à proposer des approches adaptées aux besoins spécifiques des jeunes personnes qui développaient un premier épisode de psychose. Au fil des ans, les objectifs sont devenus plus ambitieux : on vise maintenant aussi bien à identifier les sujets à haut risque, de manière à proposer des soins préventifs avant même le développement complet des symptômes, qu'à étendre ces pratiques aux autres troubles psychiatriques tels que la dépression, les troubles alimentaires ou les troubles de la personnalité.

Outre le fait qu'une multitude d'études ont clairement établi l'impact favorable de tels programmes sur le rétablissement clinique et fonctionnel tout en réduisant les coûts par patient, ces approches ont également permis de changer le regard que l'on porte sur les troubles de santé mentale chez les jeunes et de les traiter avec plus d'optimisme et d'ambition.

La création en 1998 de l'association IEPA (International Early intervention and Prevention in mental health Association) et l'organisation biennale d'une conférence rassemblant les nombreux chercheurs et cliniciens de ce domaine, ont contribué à la diffusion de ces pratiques, d'abord dans les pays anglosaxons et les pays nordiques, où ces développements ont été soutenus par des programmes de santé nationaux. Le lancement en 2018 d'une branche francophone d'IEPA a facilité l'émergence de ces pratiques en francophonie, et le Réseau Transition a permis qu'elles diffusent de manière remarquable en France au cours des dernières années. Il est maintenant important de capitaliser sur cet élan et de consolider ce réseau français par une coordination nationale, afin d'offrir des soins modernes, efficaces et ambitieux à la population française, en particulier aux jeunes qui sont dans la phase de vie au cours de laquelle la majorité des troubles de santé mentale émergent.

Professeur Philippe Conus,

Université de Lausanne

Président de l'IEPA (International Early intervention and Prevention in mental health Association)

Introduction

Les troubles psychiques sont la **première cause de morbidité et de handicap chez les jeunes entre 15 à 25 ans**, période clé de construction de la vie sociale, professionnelle et affective. Agir tôt est une évidente nécessité pour infléchir le pronostic médical et social. Il s'agit d'une période de vulnérabilité qui peut impacter le futur de la personne et de son entourage mais aussi **d'une fenêtre d'opportunité pour des interventions** qui influencent favorablement le pronostic à long terme. Intervenir précocement chez les jeunes nécessite de faciliter le parcours d'accès aux soins, du repérage jusqu'aux soins spécialisés, et de penser l'articulation entre les intervenants de première ligne, les soins primaires et les soins spécialisés, avec la difficulté particulière de couvrir les âges de la transition de l'adolescence à l'âge adulte.

Devant le constat alarmant de la dégradation de la santé mentale des jeunes, plusieurs initiatives ont été mises en place en France afin de détecter la souffrance psychique comme le numéro national de prévention du suicide 3114, les formations aux premiers secours en santé mentale (PSSM), les Points Accueil Écoute Jeunes (PAEJ), le Fil santé jeunes, ...) et faciliter l'accès à certains professionnels (Mon soutien psy, Maisons des Adolescents, ...). Néanmoins, **ces dispositifs de première ligne ne résolvent pas la question de l'accès vers des soins spécialisés dans un délai adéquat** quand une prise en charge médicale est nécessaire : le délai d'accès aux soins pour des troubles psychotiques débutants est compris entre 2 et 5 ans, et parfois bien plus dans les soins courants (près de 10 ans pour les troubles bipolaires). L'entrée dans les soins survient trop souvent dans une situation de crise, nécessitant le recours aux urgences et à des hospitalisations sous contraintes, traumatisantes pour le jeune et son entourage.

De plus, l'éclatement et le manque de coordination des dispositifs ont été pointés par l'ensemble des personnes auditionnées dans le cadre de cette mission, de même que les difficultés d'orientation, dès les premiers signes vers les ressources adaptées et sans retard.

A l'échelle internationale, de nouvelles modalités de **parcours de soins** pour les pathologies psychiatriques émergentes ont été proposées. Ces programmes dits de **détection et d'intervention précoce (DIP)** limitent les retards et les discontinuités des parcours de soins pour les troubles les plus sévères et leurs conséquences redoutables pour le jeune et leur entourage (décrochage scolaire, conduites à risque, passages à l'acte). Mis en place depuis les années 1990 dans de nombreux pays, ces programmes ont montré leur **efficacité** dans le cadre des troubles psychotiques débutants tant sur le plan clinique, en favorisant le rétablissement, qu'en termes médico-économiques avec un rapport de 15 euros économisés pour 1 euro investi. Quand la prise en soin peut débuter dès les premiers signes psychotiques atténués, ces programmes réduisent le risque d'entrée dans un trouble psychotique en amont de la crise.

Intervenir dans cette phase **d'état mental à risque**, en amont d'un diagnostic, implique de repenser l'accès aux soins dans une stratégie d'améliorer les interventions **préventives** et d'ouvrir l'intervention précoce à une **approche transnosologique**, en sortant des silos de filières par diagnostic et en considérant des soins adaptés au **stade évolutif**, selon le modèle du *staging*, emprunté au domaine du cancer. Selon ces principes, l'intervention précoce adopte une **approche globale** s'appuyant sur les modèles ayant fait leur preuve, en adaptant un accompagnement **favorisant l'engagement** du jeune et de son entourage et en répondant aux **besoins spécifiques de sa situation développementale, sociale, médicale, psychique**.

Ces nouvelles pratiques sont de nature à changer le regard sur les troubles psychiatriques du jeune, en se positionnant dans une vision positive et optimiste sur les capacités de rétablissement. Les initiatives pionnières portées par le réseau Transition (cf pp. 17 et suivantes) montrent la faisabilité de leur implantation en France et la satisfaction des usagers comme des professionnels. Ces initiatives font preuve d'une réelle attractivité pour les professionnels, qui retrouvent du sens dans ces modalités de soins globaux et intègrent l'ensemble des besoins du jeune et de son entourage.

Après avoir auditionné **près de 100 personnes entre novembre 2025 et janvier 2026** représentant les professionnels de la psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, de la psychiatrie adulte, et de la médecine générale, du médico-social, usagers et familles, associations, acteurs de prévention, élus, administration, chercheurs, nous formulons dans ce rapport **10 recommandations pour favoriser l'implantation à l'échelle nationale des programmes de détection et d'intervention précoce (DIP)**.

Ces propositions doivent être envisagées comme un système cohérent et suivent trois grands principes directeurs :

1/ Une gradation claire et lisible en déterminant à chaque niveau quoi faire et vers qui orienter :

- en **évitant la superposition des dispositifs** source de manque de lisibilité et d'éparpillement des ressources,
- pour un parcours d'accès aux soins **rapide et optimisé**, afin de ne laisser aucun jeune sans accompagnement, sans toutefois saturer les ressources spécialisées ou les services d'urgence mais **sans délais** pour les publics les plus à risque de troubles sévères.

2/ Une démarche sortant des silos des catégories diagnostiques :

- Si la littérature a montré la priorité de réduire la durée de psychose non traitée pour améliorer le pronostic de jeunes, **l'essence même de l'intervention précoce est d'intervenir avant la crise et avant un diagnostic catégoriel.**
- Les modalités de repérage, d'orientation et d'intervention doivent donc **répondre aux besoins de toutes les situations** qu'il s'agisse de troubles borderline, troubles anxieux ou dépressifs sévères, de troubles addictifs ou du comportement alimentaire mais aussi des

troubles du neurodéveloppement qui, à cet âge, peuvent se révéler ou se compliquer de troubles psychiatriques (dépressif, anxieux, etc.) nécessitant des programmes spécifiques.

3/ Des parcours à envisager dans une continuité autour d'une vision partagée en articulant l'amont et l'aval des programmes de DIP :

- Toute stratégie de repérage doit permettre une **réponse adaptée dans un délai rapide** : repérer sans orientation ou sans solution d'aval, n'aboutit qu'à un échec.
- Le repérage doit d'appuyer sur une **vision partagée et une culture commune**, commençant par la sensibilisation du public, des jeunes et de tous les professionnels au contact des jeunes et se poursuivant par la formation des professionnels, en fonction de compétences attendues.

L'intervention précoce n'est pas une simple question de diagnostic plus rapide, c'est aussi un choix de société. Elle engage non seulement le développement de l'individu, son parcours scolaire et professionnel, la parentalité future, la notion de citoyenneté, l'organisation des soins et bien sûr la prévention du suicide.

L'Intervention précoce constitue une véritable révolution dans l'approche avec un retour sur investissement majeur. Si la faisabilité de l'adaptation au système français est établie, comme nous le décrivons ci-dessous, le passage à l'échelle appelle à une transformation durable de l'offre de soins, sur l'ensemble du territoire. Cette transformation ne sera possible que si elle est portée par **une vision politique de long terme, claire et interministérielle, avec des moyens associés, comme cela a pu se faire dans le Plan cancer.**

1. État des lieux

1.1. Adolescents et jeunes adultes : une période critique de développement

L'adolescence et le passage à l'âge adulte représentent des périodes extrêmement importantes sur le plan du développement psychique, social et identitaire. Une revue exhaustive de la "Lancet Psychiatry Commission on Youth Mental Health" regroupant plus de 50 experts internationaux synthétise les grands axes à prendre en compte pour aborder la santé mentale des jeunes : les spécificités de cette période, la nécessité de réviser les cadres nosologiques et les trajectoires, les modèles de soin, les impératifs médico économiques et politiques (McGorry et al, 2024, cf annexe 4).

Sur le plan développemental, cela correspond à une période de maturation qualifiée **d'adolescence cérébrale qui débute après le déclenchement de la puberté, vers 12 ans et se poursuit jusqu'au début de l'âge adulte jusqu'à 25 ans** (Sawyer et al, 2018 ; Mousley et al, 2025 indiquent quant à eux une période cérébrale de 9 à 32 ans). L'adolescence cérébrale est un processus actif avec une réduction de la substance grise, une augmentation de la myélinisation qui facilite la connectivité entre les régions cérébrales, un élagage synaptique et une modification de la balance excitatrice / inhibitrice dans les circuits corticaux. La maturation n'est pas synchrone dans l'ensemble du cerveau : les structures sous corticales mûrissent en premier, notamment celles du "circuit de récompense" impliquées dans les addictions et les prises de risque ; suivi par l'hippocampe et l'amygdale, qui participe à la régulation des émotions pour finir par le cortex préfrontal, où s'affinent des fonctions essentielles comme la planification, la prise de décision, la capacité d'inhibition (Andrews et al, 2021). Ainsi, la physiologie cérébrale et les réponses comportementales vont mûrir durant toute cette période .

Cette période d'adolescence cérébrale constitue une "période critique", similaire aux périodes critiques rencontrées au cours du développement précoce. Cela signifie que des facteurs modifiant le programme de développement — un traumatisme ou la consommation de cannabinoïdes — peuvent avoir des conséquences à long terme. A contrario, des interventions permettant de rétablir l'équilibre garantissant une bonne régulation des processus de maturation, vont avoir un bénéfice à long terme et même permettre une restitution ad integrum. L'adolescence est ainsi, à la fois, une **période de vulnérabilité aux facteurs de l'environnement, mais aussi une période d'opportunité pour des interventions et des actions de prévention.**

À l'inverse des troubles somatiques, 63 à 75% des troubles psychiatriques débutent avant 25 ans (McGorry et al, 2024 ; Solmi et al, 2021) : trouble du neurodéveloppement, qui ne sont parfois diagnostiqués que tardivement, troubles anxieux ou dépressifs, troubles "borderline", conduites

addictives, mais également les troubles psychotiques. Ces derniers émergent majoritairement chez le grand adolescent et le jeune adulte et peuvent évoluer vers un trouble schizophrénique ou des troubles bipolaires, principaux responsables de handicap psychique à l'âge adulte.

Les troubles psychiques de l'adolescence peuvent être transitoires. C'est la majorité des cas, comme on l'a vu après la pandémie de la COVID, et comme le révèlent les enquêtes sur la santé mentale des jeunes (Enclasse, Santé publique France, 2022). Les symptômes dépressifs ou anxieux, comme rapportés au cours d'enquêtes, doivent néanmoins être distingués de véritables troubles dépressifs ou anxieux caractérisés qui impactent le fonctionnement et peuvent mener à des gestes suicidaires (Léon et al, 2024). **Mais parfois, derrière une "crise d'adolescence" d'apparence banale, ces troubles peuvent être les premiers signes d'une maladie psychiatrique.** En effet, à un stade précoce, les symptômes sont peu spécifiques, atténués ou transitoires. En l'absence d'intervention, **environ un tiers des jeunes** présentant des symptômes psychotiques atténués **évolueront vers un trouble psychotique.** Bien que moins fréquents que les troubles anxio-dépressifs, ils ne sont pas rares : environ **3 % de la population et 15 000 nouveaux cas par an.** Ces troubles sont ceux qui ont le plus de retentissement en termes de coût humain et sociétal. De surcroît, 3% des épisodes psychotiques sont révélateurs d'une maladie rare ou d'une maladie neurologique à expression psychiatrique (encéphalite, SEP, épilepsie ...) justifiant d'autant plus l'intégration d'une approche médicale (somatique) à la prise en charge psychosociale dès l'entrée dans les soins.

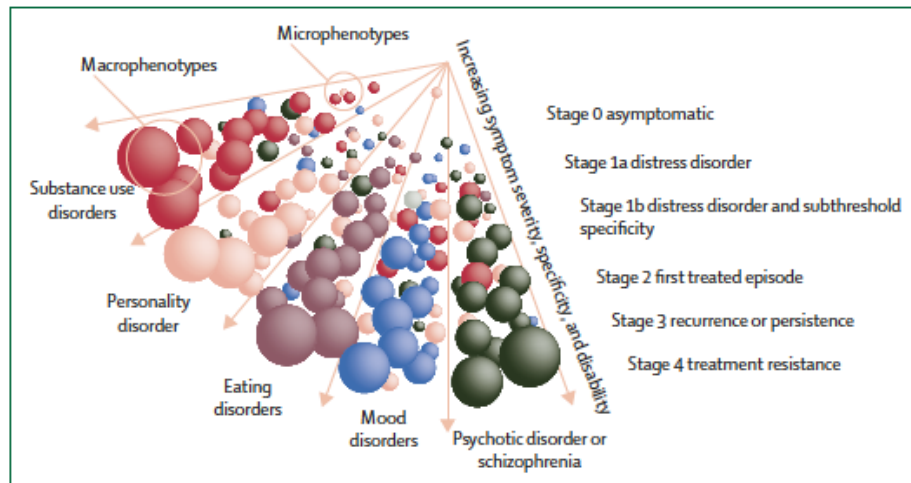


Figure 1 : Modèle heuristique de stadification (staging) clinique des troubles mentaux

Le modèle illustre des groupes de symptômes précoces (microphénotypes) et leur progression potentielle vers des syndromes clairs, souvent comorbides (macrophénotypes). La progression entre les stades se caractérise par une augmentation de la gravité, de la spécificité et du handicap des symptômes (figurés par la taille des sphères). Les sphères et les couleurs représentent les différents phénotypes devenant des catégories diagnostiques lorsque les troubles sont établis (stade 3 et 4) : Troubles de l'usage de substance, de personnalité, du comportement alimentaire, de l'humeur, psychotiques et schizophréniques... (Adapté de McGorry et Mei. Clinical staging for youth mental disorders: progress in reforming diagnosis and clinical care. *Annu Rev Dev Psychol* 2021; 3: 15–39).

1.2. Des parcours illisibles et des silos qui génèrent des pertes de chance majeures

L'ensemble des personnes auditionnées a fait remonter **le constat flagrant de la difficulté d'accéder à des soins pour les adolescents et jeunes adultes**. Ainsi, le délai d'accès aux soins adaptés pour des troubles psychotiques est estimé en France **entre 2 et 5 ans**, quand les travaux antérieurs recommandent un délai de **moins de 3 mois** pour des chances optimales de rétablissement de qualité permettant aux jeunes de reprendre leur trajectoire de formation ou professionnelle (Dana et al 2019).

Les remontées de terrain montrent que les délais peuvent être bien plus longs, notamment dans le cas des troubles bipolaires (jusqu'à près de 10 ans, Keramatian et al, 2025), ou parfois être retardés par une mauvaise orientation vers des soins mal adaptés voire vers des méthodes thérapeutiques "alternatives" dont l'efficacité reste à démontrer, ou le recours à des ressources en ligne non spécialisées et non régulées.

Selon le baromètre 2023 de l'UNAFAM, **64% des répondants indiquent que l'accès à un psychiatre ou à un psychologue est difficile** et l'errance face aux premiers symptômes est soulignée.

On peut identifier plusieurs origines à un tel retard :

- Le premier identifié par tous : la **multiplicité de dispositifs**, véritable **mille-feuille**, entraînant un manque de visibilité pour le public et les professionnels de première ligne. A défaut d'un guichet unique, qui ne serait pas forcément adapté à tous les publics, c'est un **parcours de repérage - dépistage - soins** qu'il faut définir.
- Des **dispositifs hétérogènes** ayant des missions parfois mal définies ou variables selon des dispositifs portant pourtant le même nom et parfois redondants avec d'autres dispositifs (PAEJ, MDA, CJC).
- Un **âge de "transition" entre psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent et psychiatrie de l'adulte**, qui ne partagent pas toujours le même langage, la même vision, les mêmes objectifs.
- De nombreux **dispositifs expérimentaux financés par appels à projet**, renforçant les disparités territoriales, éparpillant les ressources et sans évaluation de l'existant.
- Des **silos** entre somatique et santé mentale, entre sanitaire, médico-social ainsi qu'avec le monde de l'Éducation nationale, du sport, de la jeunesse pourtant au premier plan des actions de prévention et de repérage.
- Un **tabou sociétal** encore fort et une **méconnaissance** du sujet et notamment de l'importance d'intervenir tôt pour une guérison fonctionnelle, ainsi qu'une méconnaissance des ressources disponibles du public et des premières lignes.
- Des **freins à la recherche d'aide** et à l'identification d'un besoin par le jeune parfois déjà en rupture scolaire, professionnelle voire familiale, et du fait d'une **stigmatisation** de la

psychiatrie, auto-stigmatisation ou stigmatisation par les proches et les acteurs de première ligne voire des médecins et soignants non spécialisés.

- Une **psychiatrie en grande difficulté**, débordée par l’afflux de jeunes en hospitalisation ou en crise (engorgement des urgences, des services d’hospitalisation, surtout pour les grands adolescents), situation aggravée par le **manque d’attractivité** (stigmatisation au sein de la médecine) et par une **absence de vision et de politique publique** cohérente sur cette thématique et d’une **organisation graduée et coordonnée** en termes de parcours de soin.

Il est essentiel de se rappeler qu’au-delà de la notion de bien-être, **les troubles psychiatriques sont de véritables maladies, qui doivent être soignées selon des modalités ayant fait leur preuve, et dans une vision de prise en charge globale, intégrative, s’adaptant autant aux besoins “somatiques” qu’aux besoins “psychiques”, développementaux et sociaux.**

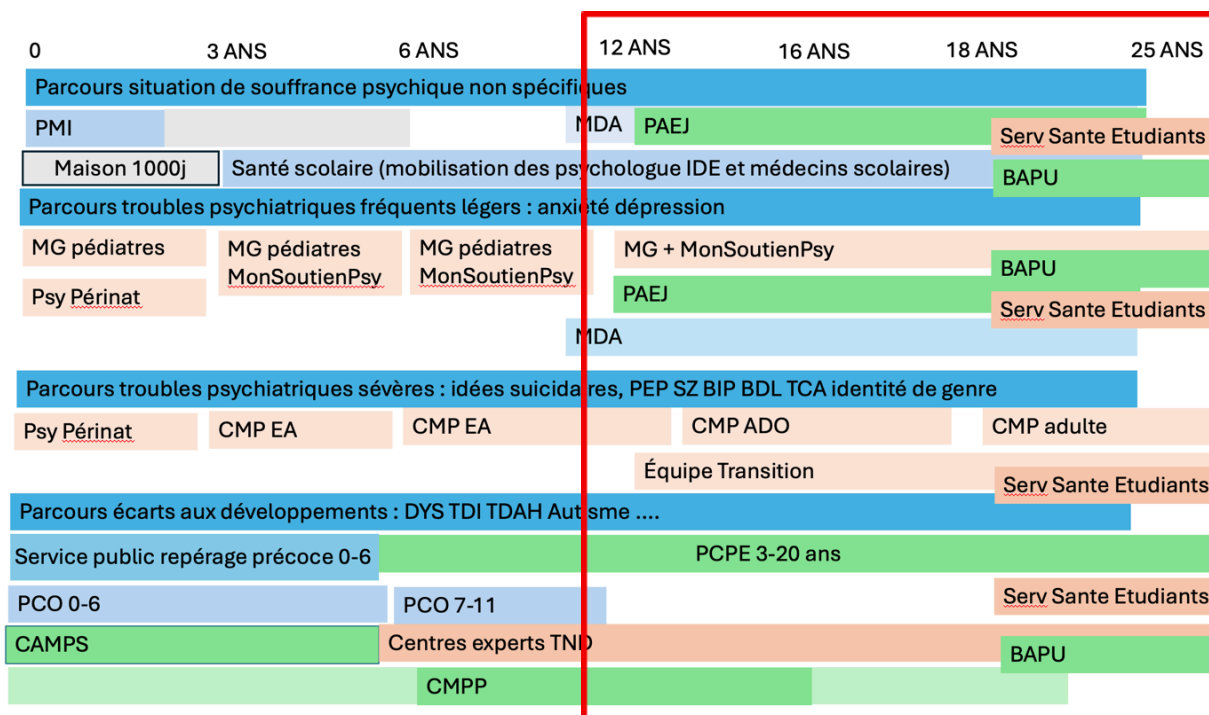


Schéma réalisé par la Délégation ministérielle santé mentale et psychiatrie, illustrant le “millefeuille” des dispositifs destinés à l’âge de transition 12-25 ans (encadré rouge)

1.3. L’intervention précoce : un modèle de prise en charge globale et coordonnée qui a fait ses preuves à l’international

C’est dans le champ des **premiers épisodes de psychose** (PEP, stade 2 sur la figure 1) que les modèles d’intervention précoce ont été initialement établis au niveau international. Les PEP concernent environ 3 % de la population (environ 15 000 nouveaux cas par an en France). Ils

associent différents types de symptômes (troubles perceptifs, idées délirantes, symptômes négatifs, troubles cognitifs) mais aussi des dimensions anxieuses ou dépressives et sont fréquemment associés à un trouble des usages de substances (plus de 60% des PEP, essentiellement du cannabis). Environ 40% des personnes présentant un PEP ont un trouble borderline associé (Jourdan et al, 2026). Environ 50% entrent les soins par une hospitalisation, 30% sous contrainte (Gagnon et al, 2025). En termes de pronostic, après 10 ans, environ 58 % des premiers épisodes évoluent vers un trouble schizophrénique ou schizo-affectif et 15 %, vers un trouble bipolaire (Gale-Grant et al, 2021) mais le diagnostic n'est pas toujours stable.

L'intervention précoce a initialement visé l'objectif de **réduire la durée de psychose non traitée (DUP)**, facteur déterminant dans l'évolution de la schizophrénie et des troubles apparentés (Pentilla et al, 2014). Le retard de mise en œuvre d'un traitement face à un premier épisode de psychose est une perte de chance avec un retentissement dans tous les domaines, à court et long terme, tant sur le plan clinique (réponse aux traitements, alliance thérapeutique, risque de passage à l'acte auto-agressif) que sur le plan psychosocial (rupture scolaire ou professionnelle, isolement social). Ainsi, la DUP **ne devrait pas dépasser 3 mois** pour optimiser le rétablissement (Dama et al, 2019).

Visant la réduction de la DUP, l'intervention précoce s'est attachée à repérer les troubles à des phases plus précoces, et moins spécifiques, caractérisées par des symptômes atténués ou transitoires. Ces situations qualifiées d'**état mental à risque** évoluent dans 30% des cas vers un premier épisode psychotique. Comme illustré sur la figure 1, les situations d'**état mental à risque** (stade 1a - 1b) sont par essence des situations où un diagnostic formel, catégoriel, n'est pas possible et où différentes dimensions sont présentes : troubles anxieux, troubles dépressifs, troubles des usages de substances, troubles borderline. Le concept d'intervention précoce s'est ainsi étendu de façon trans-diagnostique : **il faut pouvoir repérer et apporter une réponse adaptée à ces différentes dimensions pour ne pas multiplier les filières** (Spanavelo et al, 2025).

La détection et l'intervention précoce en psychiatrie vise à détecter les jeunes à risque de troubles sévères et à intervenir de façon adaptée avant que les troubles ne deviennent aigus (urgences) ou qu'ils ne s'installent dans la chronicité, afin de préserver les trajectoires de vie et améliorer le pronostic à long terme. **Identifier les jeunes présentant un état mental à risque n'est pas un diagnostic, mais la reconnaissance d'une situation déjà impactante sur le fonctionnement et nécessitant une aide spécialisée et la mise en place d'interventions préventives et personnalisées.**

L'intervention précoce se distingue de la prévention universelle et de la santé mentale en général, mais elle s'articule avec elles et implique de repenser le **parcours d'accès aux soins** pour favoriser dès les premiers troubles une orientation vers des ressources adaptées à la situation et permettre d'initier un accès à des soins spécialisés sans retard pour les jeunes les plus à risque de maladie

psychiatrique sévère de l'adulte, tout en répondant plus largement à tous les jeunes ayant besoin d'aide.

Des modèles d'organisation des soins ont été proposés au niveau international avec trois principes directeurs :

- **Détecter et intervenir rapidement** - avant la crise, la tentative de suicide ou le décrochage,
- **Optimiser l'orientation vers des soins adaptés** dès les premiers signes afin de ne pas retarder l'accès à un psychiatre dans le contexte d'un trouble psychiatrique débutant,
- **Adapter les modalités de soins** pour favoriser l'engagement du jeune, afin de limiter les discontinuités, préserver la trajectoire de vie et optimiser le rétablissement.

Les expériences internationales montrent l'efficacité de l'intervention précoce

Depuis les travaux pionniers des années 1990 en Australie mais aussi en Europe, plusieurs centaines de milliers de jeunes ont bénéficié de programmes d'intervention précoce dans le monde, faisant la preuve de l'efficacité de ces programmes pour les troubles psychotiques débutants comparativement aux soins usuels, en termes de rétablissement clinique et fonctionnel (Correll et al., 2018) : **l'intervention précoce dans les psychoses débutantes améliore significativement le pronostic, diminue le risque de rechute et les hospitalisations (durée et fréquence) et améliore le fonctionnement social et professionnel.** Pour les jeunes présentant un état mental à risque avec symptômes psychotiques atténués, les programmes d'intervention précoce ont montré leur efficacité à réduire le risque de transition vers un trouble psychotique caractérisé (Correll et al., 2018).

Les études étrangères montrent un bénéfice financier rapide : les coûts des soins d'intervention précoce (IP) sont réduits d'environ deux tiers. Un rapport de la London School of Economics conclut qu'**1 livre investie pour l'intervention précoce pour la psychose permet d'économiser 15 livres** (Knapp et al 2014), avec un bénéfice dès la 2^e année. Face à un tel niveau de preuve, certains pays, comme le **Canada ou le Royaume-Uni, ont intégré ces interventions dans un panier de soins minimal** imposé par les autorités sanitaires.

Les composantes essentielles de l'intervention précoce

Les recommandations internationales Européennes (European Psychiatric Association, (Schmidt et al, 2020, Schultze-Lutter et al, 2015) ; National Institute for Health and Care Excellence (NICE, GB), OPUS au Danemark (Nordentoft et al., 2015), Australienne (Orygen, Hetrick et al., 2017), Nord-Américaine PIPEP (MSSS, 2018 Québec) ont défini les composantes essentielles pour s'assurer de l'efficacité du programme. Ces composantes essentielles ont été synthétisées par une revue de la littérature (Addington et al, 2015) incluant les différents travaux et référentiels de suivi des dispositifs (voir annexe 5).

La démarche de repérage et d'intervention précoce intègre différentes composantes telles que:

- la promotion de la santé mentale et la déstigmatisation,
- le repérage des situations à risque et la facilitation de l'accès à des professionnels,
- le dépistage et l'évaluation des troubles et du contexte dans lequel ils surviennent pour pouvoir élaborer des actions préventives ciblées,
- les prises en charge reposant sur une approche intensive, intégrée, multidisciplinaire et centrée sur le rétablissement répondant spécifiquement aux besoins des jeunes dispensés pour une période limitée à 2 à 3 ans.

Un point essentiel est la **prise en soin globale, pluridisciplinaire**, agissant sur l'ensemble des dimensions bio-psycho-sociales adaptées, organisée autour d'un **case-manager** (encore appelé care-manager), **réfèrent pivot** du jeune et de sa famille, et favorisant l'engagement du jeune et de son entourage par la psychoéducation. Un autre point est la question du **délai** : délai court entre la demande, l'évaluation et le rendez-vous médical (moins de 7 jours pour une situation non programmée, 15 jours pour une situation "stable"). La prise en charge, transitoire, doit anticiper les transferts en fin de programme.

Étendu plus largement à la santé mentale des jeunes ("youth mental health") (<https://www.iaymh.org/>), ou psychiatrie de transition, le modèle d'intervention précoce évolue à l'échelle internationale. La commission du Lancet Psychiatrie (McGorry et al, 2024) propose 12 éléments clés qui soulignent, au-delà des principes déjà évoqués, la nécessité de services intégrés couvrant l'ensemble des composantes essentielles, l'importance de la participation des jeunes, incluant les pairs et les parents aidants - ainsi que le recours au numérique à toutes les étapes du parcours, du repérage à la prise en soins (voir en annexe 4).

Au vu des besoins spécifiques des jeunes et des présentations cliniques différentes dans et au sein de cette tranche d'âge, en fonction du degré de maturation développementale, les auteurs recommandent des dispositifs **intégrant l'ensemble des services nécessaires**. Il faut en effet permettre une véritable prise en soin dans la continuité, et non pas quelques contacts (Allison et al, 2024), qui seront insuffisants pour soigner des situations nécessitant des soins intensifs. Il faut donc penser à une articulation entre service de première ligne (comme le font les "headspace") avec des services plus spécialisés plus intensifs pour la psychose, les troubles bipolaires, les troubles du comportement alimentaire, les troubles borderline etc)

Certains auteurs prônent le développement d'une spécialisation des formations autour de la psychiatrie de l'adolescence (McGorry et al, 2024 and 2025), à l'instar de la psychiatrie périnatale et la psychiatrie du sujet âgé.

Le parcours coordonné de l'intervention précoce

1. **Repérage et dépistage** : il s'agit de reconnaître les signes d'alerte de situations problématiques et de qualifier les signes avant-coureurs des troubles mentaux pour orienter vers les bonnes ressources avant une situation de crise. Les **médecins généralistes, les infirmiers scolaires, les psychologues et les travailleurs sociaux, mais aussi les proches jouent un rôle clé dans le repérage**. Mais les signes sont parfois discrets ou peu spécifiques (retrait social, baisse des performances scolaires, anxiété persistante, modifications du comportement). Le dépistage des troubles nécessitant des soins spécialisés demande des intervenants formés ou des outils adaptés. La reconnaissance des symptômes atténués ou non spécifiques est importante afin de diminuer les symptômes, leurs conséquences en termes fonctionnels, limiter les risques suicidaires, d'addiction, d'échec scolaire, de désocialisation et aussi réduire la perte de chance en termes de rétablissement.

2. **Accès rapide à des soins appropriés** : Plus le délai entre l'apparition des symptômes et la prise en charge est court, meilleur est le pronostic tant sur le plan symptomatique (réponse au traitement, alliance thérapeutique, risque de passage à l'acte) que sur le plan psychosocial (rupture scolaire ou professionnelle, isolement social). Il faut néanmoins veiller à ce que la réponse soit graduée, non stigmatisante, acceptable pour le jeune et adaptée aux horaires et aux besoins du jeune. Il s'agit de **réduire la perte de chance liée à un retard de soins**, en particulier pour les troubles psychiatriques ou addictifs ayant un potentiel de chronicité ou de récurrences présentant un impact fonctionnel majeur.

3. **Approche globale et multidisciplinaire** : les jeunes bénéficient d'une prise en soin multidisciplinaire, accompagnés par un référent pivot – case ou care manager, qui participe à la définition d'un plan de soin personnalisé. Ce plan est défini sur la base d'une évaluation "bio-psycho-sociale" initiale qui permet d'identifier autant facteurs de risques et déterminants de santé modifiables que les soins médicaux à mettre en œuvre : thérapeutiques médicamenteuses mais aussi pathologies associées (addictions, troubles du développement, maladie somatique associées, trauma). Ce plan de soin intègre une prise en charge multidisciplinaire : médicale, psychologique et sociale, en s'appuyant sur des programmes ayant fait leur preuve (thérapies cognitives et comportementales, psychoéducation, remédiation cognitive). Il inclut les proches : l'accompagnement de la famille et de l'entourage est essentiel pour soutenir le jeune, favoriser l'adhésion aux soins et réduire la stigmatisation. Basée principalement sur une prise en charge ambulatoire, respectant les horaires des jeunes et dans le milieu (aller-vers), les ressources doivent également pouvoir répondre aux besoins de soins aigu, parfois en hospitalisation, en facilitant l'articulation avec services d'urgences et l'intra hospitalier pour un parcours de soin limitant les discontinuités.

4. **Maintien dans le milieu et promotion du rétablissement et de l'autonomie** : l'objectif n'est pas seulement la réduction des symptômes, mais aussi le maintien des activités scolaires, professionnelles et sociales, gages d'insertion et de qualité de vie. Ceci nécessite d'adapter les modalités de délivrance des soins, majoritairement dans le milieu, en ambulatoire et en s'adaptant aux contraintes horaires des jeunes, et en articulation avec les partenaires de première ligne (sociaux, éducatifs ...). L'utilisation de ressources numériques mobiles, SMS, téléconsultations est particulièrement utile pour cette population. Il s'agit également de favoriser le rétablissement avec des ateliers de compétences sociales, soutien scolaire ou professionnel, accompagnement à l'insertion ou la réinsertion avec, quand nécessaire des programmes de réhabilitation psychosociale. Il faut ainsi anticiper le transfert vers les ressources d'aval après une prise en charge dans un programme d'intervention précoce.

1.4. Etat des lieux en France

L'intervention précoce en psychiatrie de l'adolescent et du jeune adulte ne constitue pas à ce jour un champ structuré de la politique de santé en France. Elle ne repose ni sur une définition nationale stabilisée, ni sur un cadre organisationnel identifié, ni sur des outils de pilotage permettant une lecture homogène de l'offre et de ses résultats. **Les pratiques observées sur le territoire relèvent principalement d'initiatives locales, développées à partir de structures existantes, portées par des équipes engagées, mais sans reconnaissance institutionnelle homogène ni garanties de pérennité.**

Cette situation conduit à une **grande variabilité territoriale** de l'accès à l'intervention précoce, tant en termes de délais que de contenus de prise en charge. Elle limite également la capacité des tutelles à planifier, évaluer et ajuster l'offre de soins face à des besoins pourtant bien identifiés. Enfin, elle entretient une **confusion persistante entre plusieurs fonctions distinctes que sont le repérage précoce, l'accueil et l'orientation, l'évaluation spécialisée et les soins précoces intensifs pour les troubles psychiatriques émergents.** Cette confusion nuit à la lisibilité de l'action publique auprès des professionnels, des jeunes et de leurs familles.

Dans ce paysage, le **réseau Transition** a permis un élan à l'échelle nationale et initié la **promotion de l'intervention précoce** en France et en Francophonie par la formation, l'harmonisation des pratiques et l'animation du réseau. Partant de l'initiative pionnière datant de 2003 (Oppetit et al, 2016), le réseau se développe avec des équipes engagées qui mettent en place des programmes d'intervention précoce en adaptant le modèle au contexte local.

Focus sur le réseau Transition :

Le réseau national Transition de l'Institut de Psychiatrie (voir annexe , promeut depuis 2006 le déploiement en France de l'intervention précoce des pathologies émergentes du jeune adulte et de l'adolescent. Ce réseau national s'appuie sur ses **connexions avec les réseaux internationaux (IEPA, IYMHA),** dont il a cofondé des branches francophones pour favoriser la diffusion des

connaissances et le partage d'expérience et d'outils avec l'ensemble des acteurs. Il est aujourd'hui adossé au dispositif scientifique du RHU PsyCARE (Programme d'Investissement d'avenir, 2020-27), qui vise à mettre à disposition un ensemble d'outils innovants pour améliorer la détection précoce et offrir des stratégies thérapeutiques personnalisées, dès les premiers stades et à un niveau préventif, y compris en cas d'addiction ou de trouble du neurodéveloppement associés.

Pour poursuivre ses missions, le réseau a constitué une « Task force » réunissant 15 acteurs nationaux parmi les plus actifs en France en psychiatrie d'adultes et en psychiatrie de l'enfant et l'adolescent, représentant les différentes régions et les différents types de structures (universitaire, secteurs) du territoire national.

Le réseau est actif pour diffuser une nouvelle littérature sur les troubles psychiatriques du jeune, diffuser les bonnes pratiques fondées sur des données scientifiques, et les harmoniser en établissant des recommandations d'experts et des indicateurs adaptés au territoire national, pour aider au déploiement de nouveaux dispositifs spécialisés et favoriser la recherche dans le domaine.

Trois enquêtes nationales successives (lancées en 2018, 2021 et 2024 (Mathevet et Krebs, 2024), ont permis au réseau d'objectiver l'élan de la discipline depuis 2017 favorisé par deux leviers majeurs : (i) les formations développées par le réseau, ouvertes à l'ensemble des professionnels du soin (plus de 1000 professionnels formés) : Diplôme Universitaire (DIPPEJAAD « Détection et Intervention Précoce pour les Pathologies Psychiatriques de l'Adolescent et du Jeune Adulte » de l'Université Paris Cité) et Masterclass dédiées (ii) les financements, dont le "Fonds d'Innovation Organisationnelle en Psychiatrie" (FIOP) dès 2019 qui a permis l'amorçage dans plusieurs établissements.

Alors qu'elles n'étaient que 4 initiatives pionnières en 2010, 35 programmes de d'intervention précoce ont été recensés en 2018 - certains initiés avec des ressources humaines très modestes (Lecardeur, 2020). Le réseau Transition identifie aujourd'hui **68 programmes d'intervention précoce** (annexe et <https://institutdepsychiatrie.org/reseau-transition/>) dont **17 dispositifs « à vocation régionale »** disposant d'une équipe renforcée et ayant accès à des plateformes d'évaluation. 9 équipes sont en cours de déploiement et devraient voir le jour en 2026.

Les modèles d'émergence de nouveaux centres sont variés, certains partent d'une équipe mobile, d'autres d'un centre de réhabilitation psycho-social, d'autres encore se développent par un redéploiement de ressources universitaires ou sectorielles, ambulatoires ou hospitalières. La grande majorité des dispositifs identifiés sont intersectoriels (87%), fonctionnent avec 6 ETP dont 0,8 ETP médical. La tranche d'âge cible du public accueilli est le plus souvent 15-30 ans ; 2 d'entre eux prennent actuellement en charge les jeunes à partir de 12 ans et 5 d'entre eux seulement à partir de 18 ans.

Ces premières initiatives montrent **un accès aux soins plus rapide** que dans les soins courants (DUP médiane = 4,5 mois ; DUP moyenne 7,9 mois) pour des jeunes dont la moyenne d'âge est de 20 ans, adressés majoritairement par les secteurs ou après un passage aux urgences. L'articulation avec les maisons des adolescents (MDA) est très hétérogène selon les territoires. Si la plupart des dispositifs d'interventions ont une MDA à proximité, seulement 8,5% des demandes de prise en charge en émanent (médiane 3%). Le territoire présente 2 structures dans lesquelles la MDA est physiquement intégrée au dispositif d'IP ou bénéficie d'un personnel partagé. Dans ces 2 structures, les rôles respectifs de la MDA (première ligne) et du DIP pour les soins spécialisés s'articulent aisément.

Les prises en charge des dispositifs d'IP ont offert une **amélioration de la continuité des soins en articulation avec les secteurs, une amélioration de l'expérience des patients, de leurs aidants et des soignants et une diminution des hospitalisations non programmées et quand elles arrivent, de leur durée.**

Ces nouvelles pratiques sont **attractives pour les professionnels** : médecins, infirmiers notamment en pratique avancée (IPA), psychologues ou professionnels socio-éducatifs. Dans quelques centres, un IPA est intégré à l'équipe de care manager, et y joue un rôle central dans l'équipe.

Outre les formations existantes (DU DIPPEJAAD et MasterClass), le réseau Transition prévoit de **déployer une offre de formation pour l'ensemble des professionnels au contact des jeunes**, susceptibles d'identifier des situations à risque afin de les sensibiliser au repérage et les outiller pour l'orientation (IDE et psychologues scolaires, éducateurs, personnels associatifs) en diffusant dans le même temps le **questionnaire d'orientation PRIMO** et a élaboré un programme de **formation au case-management** en 50h à destination des personnels des secteurs.

Enfin, **l'accès à l'information des professionnels des premières lignes et du grand public** aux enjeux du dépistage et d'une prise en soin rapide, à l'instar de ce qui est fait pour les maladies cardiovasculaires ou le cancer, est un des éléments essentiels. Aussi, le Réseau Transition a entrepris une démarche couplant de l'information sur les troubles psychiques, les ressources thérapeutiques et les lieux de prise en charge pour les jeunes. De cette démarche est né une boîte à outils d'information en santé co-construite avec des associations de patients et de jeunes. Elle se compose

- d'un site internet (santepsyjeunes.fr) et d'une présence sur les réseaux sociaux
- d'une série de brochures d'information en santé mentale co-rédigées avec des jeunes concernés,
- d'un auto-questionnaire (PRIMO - Première Interview pour une Meilleure Orientation) visant à améliorer l'orientation des jeunes s'inquiétant pour leur santé mentale.
- de témoignages.

Diagnostic organisationnel et institutionnel de l'intervention précoce

L'analyse du paysage national met en évidence plusieurs fragilités structurelles. Les dispositifs repérés par le réseau Transition tendent à avoir une pratique homogène, grâce à la dynamique instaurée à l'échelle nationale et régionale, mais celle-ci **ne fait pas encore l'objet d'une définition opérationnelle partagée par l'ensemble des acteurs de soins au niveau national et notamment auprès de des premières lignes**. Les tranches d'âge retenues varient selon les territoires, les publics pris en charge ne sont pas toujours homogènes (hospitalisation et/ou ambulatoire) et les missions attribuées aux structures ne sont pas toujours clairement différenciées. En outre, dans la mesure où ces activités se développent soit à moyens constants soit avec une aide partielle pas toujours pérennisée, les centres sont amenés à restreindre leur champ d'action pour adapter l'offre de soins aux ressources et non en fonction des besoins populationnels.

L'absence de cadre national doté d'un financement fléché et d'un cahier des charges commun empêche une évaluation consolidée des dispositifs. Contrairement à d'autres champs de la santé mentale ayant fait l'objet d'une structuration nationale, **l'intervention précoce demeure une orientation dont la validité est reconnue mais sans traduction organisationnelle stabilisée**.

Par ailleurs, **l'offre actuelle repose largement sur des dynamiques locales et sur l'engagement de professionnels moteurs**. Si cette capacité d'innovation constitue une richesse, elle s'accompagne d'une fragilité institutionnelle importante. Les dispositifs sont souvent dépendants de quelques

acteurs clés, exposés aux effets du turn-over, des restructurations ou des contraintes budgétaires, sans mécanisme national de sécurisation ni de capitalisation de l'expertise acquise.

Enfin, il n'existe pas, à ce jour, de données nationales consolidées permettant d'apprécier les délais d'accès à une évaluation spécialisée, les délais de mise en place de soins adaptés, la continuité des parcours entre l'adolescence et l'âge adulte, ni la couverture populationnelle effective de l'offre existante. Cette carence conduit à des décisions largement dépourvues d'indicateurs objectivés et constitue un obstacle majeur au pilotage des politiques publiques.

Dans ce contexte, un soutien renforcé à **l'évaluation des dispositifs existants** apparaît essentiel, en particulier pour les expérimentations financées, telles que celles menées dans le cadre du Fonds d'Innovation Organisationnelle en Psychiatrie ou du dispositif expérimental de "Détection et d'Intervention Précoce dans les troubles Psychotiques Émergents (DIPPE)" — financé au titre de l'article 51 . Ce dernier permettra d'évaluer les modalités de financement (tarification au parcours), l'intérêt d'un modèle de gouvernance fondé sur un double portage sanitaire et médico-social et d'apporter une évaluation médico-économique du modèle d'intervention précoce.

1.5. Un développement encore insuffisant en France

Les initiatives de programmes d'intervention précoce qui ont vu le jour grâce aux actions du réseau montrent la **faisabilité** du déploiement des dispositifs d'intervention précoce et l'intérêt de modalités des soins, fondées sur l'ambulatoire et une prise en charge globale autour d'un référent pivot. L'état d'esprit inhérent à l'intervention précoce et aux pratiques orientées rétablissement diffuse progressivement auprès des soignants. Les initiatives montrent que les modèles d'implémentation peuvent **s'adapter aux ressources du territoire**. Les objectifs doivent néanmoins répondre aux composantes essentielles pour assurer leur efficacité et efficience, ce qui signifie que ces centres puissent disposer des effectifs suffisants. A noter la forte **attractivité** de ces nouvelles pratiques pour les professionnels, médecins, infirmiers, psychologues, travailleurs socio-éducatifs.

Par ailleurs, si l'intervention précoce vise en premier lieu les troubles psychotiques débutants, elle doit aussi répondre aux besoins en lien avec les autres dimensions cliniques, du fait des fortes comorbidités. Mais les centres n'ont souvent pas les ressources pour inclure des programmes thérapeutiques adaptés pour les troubles borderline, les traumatismes complexes, les addictions ou les troubles du neurodéveloppement comorbides. Ils peuvent parfois construire une collaboration lorsque des ressources spécifiques existent à proximité, mais le plus souvent pas.

Le maillage territorial doit être renforcé pour assurer une diffusion sur l'ensemble du territoire national d'un panier de soins minimal pour améliorer les pratiques pour les pathologies psychiatriques émergentes. Les recommandations suggèrent **1 dispositif pour un bassin de**

population de 300 à 500 000 habitants, afin de pouvoir assurer des prises en charge de groupe (MSSS, 2018 Québec).

Un **accompagnement du déploiement** des programmes d'IP est indispensable à l'échelle régionale mais aussi à l'échelle des **PTSM** pour permettre une bonne coordination avec les partenaires d'amont et d'aval et limiter les redondances. Certains PTSM se sont emparés de la question et permettent une dynamique très porteuse pour améliorer l'intégration des programmes auprès de l'ensemble des partenaires. L'intervention précoce devrait figurer dans l'ensemble des **Programmes Régionaux de Santé (PRS)** et dans l'ensemble des PTSM.

Même si elles ne suivent pas les principes de l'intervention précoce tels que décrits ci-dessus, ou seulement partiellement, d'autres ressources apportent des expertises spécifiques qui ont toute leur place dans un parcours coordonné pour les adolescents et jeunes adultes présentant des troubles débutants.

Citons notamment la **Fondation Santé des Etudiants de France** qui bénéficie de liens forts avec l'Éducation Nationale et possède des structures soins-études qui aident au maintien ou au retour aux études, en plus d'avoir une expertise sur les troubles du comportement alimentaire du jeune. Les ressources comme le **3114**, et structures d'urgence (**SAS psy, SAU**) sont une des portes d'entrée pour des troubles psychiatriques débutants, les DIP sont alors des structures d'aval vers qui orienter les jeunes primo accédants aux soins.

Certaines initiatives développées par les services de la **Protection Judiciaire de la jeunesse (PJJ)** montrent l'intérêt et l'importance de la formation de cette "première ligne" spécifique d'une population particulièrement vulnérable et à risque de troubles mentaux. Face à ces défis, la PJJ a renforcé son engagement à travers des actions concrètes sur le terrain et un plan stratégique national intégrant le plan national de prévention du suicide, une coopération renforcée avec les ARS et une priorisation des publics ASE/PJJ dans les PTSM de deuxième génération. Ces actions sont en articulation avec la feuille de route ministérielle sur la santé des personnes sous main de justice. Des conseillers techniques santé et promotion de la santé ont été intégrés à l'échelle interrégionale et territoriale pour dynamiser les actions auprès des jeunes accompagnés et soutenir les professionnels notamment les cadres et les éducateurs. La PJJ développe également la formation initiale et continue des professionnels et consolide des partenariats avec des acteurs spécialisés (PsyCom, assurance maladie, pédopsychiatrie, équipes mobiles, dispositifs médico-éducatifs). L'intégration de psychiatres au sein de certaines directions et la promotion de dispositifs conjoints éducatifs et sanitaires visent à optimiser une prise en charge coordonnée, notamment pour les situations complexes. Malgré ces actions, l'accès aux soins demeure inégal, et appelle au développement de dispositifs mieux intégrés et à une meilleure coordination entre justice, éducation et santé pour repérer plus tôt et éviter les ruptures de parcours.

Les **structures jeunes** (FSJ, PAEJ, ESJ, structures du CNSJ) et plus particulièrement les MDA sont des structures d'accès facile pouvant répondre en première ligne à des situations peu sévères ou transitoires mais ne peuvent pas proposer des soins intensifs quand cela s'avère nécessaires.

Elles remplissent **un rôle essentiel de 1ère ligne d'accueil pour les âges les plus jeunes (collège / lycée) pour lesquels les ressources d'accès aux soins sont particulièrement insuffisantes et pourraient jouer un rôle de dépistage mieux systématisé.** Comme l'indique la Cour des Comptes dans son rapport annuel public de 2025, "Vingt ans après le lancement du dispositif au niveau national, les maisons des adolescents proposent un accompagnement pluridisciplinaire à des bénéficiaires de plus en plus nombreux, notamment depuis la crise sanitaire. Elles jouent un rôle important en matière de prévention, contribuant notamment à limiter l'engorgement des structures de prise en charge sanitaires. Les difficultés du secteur de la psychiatrie ne doivent cependant pas les conduire à se substituer aux structures spécialisées d'aval. Le pilotage déconcentré, exercé par les agences régionales de santé à partir d'un cahier des charges souple, ne permet pas de garantir aux adolescents un service équivalent sur l'ensemble du territoire. Le manque de lisibilité, la dispersion des moyens et l'hétérogénéité des compétences peuvent entraîner, à situation identique, des différences de nature et de qualité de l'accompagnement proposé." Par ailleurs, le rôle respectif de ces ressources jeunes est à déterminer pour gagner en termes de visibilité et d'adéquation entre l'affichage, les besoins des populations accueillies et la nature et la formation des personnels ressources humaines présentes. La Cour des comptes (2025) propose ainsi une **fusion des PAEJ et des MDA** dans le cadre d'un pilotage partagé entre financeurs (ministère de la santé et caisse nationale des allocations familiales) afin de favoriser "un accompagnement global aux bénéficiaires, en prévenant les ruptures sociales et en facilitant, si nécessaire, l'entrée dans un parcours de soins. La mise en place d'un dispositif unifié contribuerait aussi à un meilleur maillage du territoire, aujourd'hui dépendant de la volonté des acteurs de coopérer dans chaque département."

D'autres ressources spécialisées proposent une offre pour les étudiants, comme la **Nightline**, le **CROUS** ou bien encore les associations de pairs étudiants ou les personnels de l'éducation formés au PSSM. Le dispositif **Sentinelles Étudiantes** mis en place par la Nightline propose une formation qui repose sur une approche de « triple pair-à-pair » : présence d'un-e formateur-ice étudiant-e lors de la formation, action des Sentinelles auprès de leurs camarades sur le terrain, et mise en réseau des Sentinelles entre elles pour favoriser l'entraide et le partage d'expériences.

Tous ces intervenants jouent un rôle essentiel pour dépister et orienter les jeunes vers des DIP lorsque des soins spécialisés et adaptés aux jeunes sont nécessaires. Des outils facilitant le repérage et surtout l'orientation, comme l'auto questionnaire PRIMO (santepsyjeunes.fr) seront utiles pour faciliter et optimiser l'orientation. Un recensement précis des ressources de chaque territoire sera indispensable pour que l'orientation puisse bénéficier des ressources du territoire.

Les **Services Santé des Étudiants (SSE)** facilitent l'accès aux soins des étudiants avec un rôle de repérage, de soins et d'accompagnement des étudiants présentant des troubles du neurodéveloppement et de santé mentale. Les équipes intègrent souvent des praticiens des secteurs du territoire et la participation des DIP du territoire, facilitant une réelle fluidité dans le parcours de soins.

L'ensemble des **services PEA et PA de secteurs (CMP et hospitalisation) et universitaires**, de même que les ressources de **réhabilitation** sont évidemment à intégrer dans le parcours de soin des jeunes présentant des troubles psychiatriques débutants afin de répondre aux différentes situations.

Les **secteurs de PA et intersecteurs de PEA**, socle des soins en santé mentale, peuvent être des acteurs majeurs pour s'intégrer ou porter des programmes d'intervention précoce. Ils comportent des ressources pour répondre aux besoins d'hospitalisation ou aux situations de crises, qu'on ne peut pas toujours éviter. Ancré sur les territoires, les secteurs ont un accès privilégié auprès des partenaires du monde de l'éducation, social, participent au CLSM et au CPTS et offrent un cadre pour développer une psychiatrie communautaire qui intègre le rôle des pairs et tous les acteurs d'un parcours de soin et d'accompagnement en dehors du champ sanitaire.

Le développement de programmes d'intervention précoce nécessite néanmoins de dimensionner des dispositifs en fonction du bassin de population pour s'approcher des 200 à 300 000 habitants recommandés. Ce dimensionnement est évidemment flexible (notamment en fonction de caractéristiques géographiques ou d'accessibilité) mais répond à des impératifs de taux de fréquentation de la population visée et de ressources humaines. Il faut en particulier pouvoir organiser des groupes thérapeutiques, souvent en dehors des heures habituelles, et assurer une continuité des services. Certaines initiatives montrent que c'est faisable soit en organisant le dispositif à l'échelle intersectorielle (voir l'exemple de Jensis à Clermont de l'Oise ou FIPP à Erasme), soit en coordonnant certaines actions à l'échelle d'un territoire (voir l'exemple de PEP 48 à Lille). Les dispositifs de réhabilitation quant à eux développent des activités dans le champ du rétablissement, utiles pour les situations les plus sévères où le handicap psychique est déjà présent dès la phase de premier épisode. Citons par exemple DIPPE à Nantes ou à PEPsLyon qui ont développé l'intervention précoce pour les premiers épisodes de psychose sur le terrain favorable d'une culture partagée de réhabilitation psychosociale et des pratiques tournées vers le rétablissement. Ainsi, monter un dispositif d'intervention précoce nécessite un **diagnostic territorial** précis pour identifier les ressources et partenaires permettant de construire un parcours de soins complet.

Il faut aussi anticiper les besoins en formation des personnels, les liens avec les partenaires, la communication et l'animation sur les territoires, des actions difficilement soutenables par un secteur seul. Une organisation à l'échelle territoriale plus large : PTSM et régionale sera intéressante pour ces actions, et permet de compléter les dispositifs de proximité par des dispositifs référents, capable d'animer des communautés de pratiques incluant l'ensemble des partenaires du territoire, et d'aider dans les situations de cas complexes nécessitant une expertise complémentaire (maladie rare, troubles du neurodéveloppement, trauma complexe etc) ou un plateau d'exploration plus développé (IRM, EEG, bilan neuropsychologique ...).

Certains services universitaires de **PEA** ont construit des programmes d'intervention précoce, mais ceux-ci restent peu nombreux et à ce jour la PEA est peu présente dans la communauté de l'intervention précoce, ou aux événements internationaux (IEPA ou IYMHA). Pourtant **l'apport des pédopsychiatres est essentiel pour permettre une hybridation des pratiques et partage**

d'expérience en particulier pour les populations les plus jeunes. Le silos créé par la question de la majorité / minorité, et la question afférente des autorisations, doit impérativement être dépassé par des dispositifs couvrants l'ensemble de cet âge de transition. Une meilleure connaissance et coordination entre PA et PEA pourra être facilitée par des postes partagés ou un partage d'expérience au sein de communauté de pratiques. Sur certains territoires, des organisations **d'unités mixtes** 15-25 ans, unité de jour ou d'hospitalisation de crise ont été mises en place afin de couvrir sans discontinuité la période de l'âge de transition. Ces unités mixtes répondent indubitablement à certains besoins des grands adolescents et jeunes adultes nécessitant des soins spécialisés.

Dans tous les cas, il demeure nécessaire **d'améliorer la visibilité de ces ressources, ainsi que leur articulation entre elles et avec les acteurs de première ligne.** Dans certains territoires, une dynamique positive est observée, impulsée notamment par les **PRS et les PTSM.** Les **CPTS** y jouent un rôle structurant en favorisant la coordination des acteurs hospitaliers et de ville, constituant une étape clé pour l'amélioration des parcours de soins.

Le passage à l'échelle nécessitera un renforcement et une sécurisation des financements, ainsi qu'une **coordination nationale et territoriale** renforcée. Celle-ci permettra d'animer les réseaux, de sensibiliser les acteurs, de diffuser les nouvelles pratiques, de poursuivre l'élaboration d'un **cahier des charges** et d'un **guide d'implémentation**, de répondre aux besoins **d'accompagnement des centres** en émergence, de renforcer la **formation** des acteurs de première ligne et de soutenir la poursuite des travaux de recherche.

Notons enfin que dans un contexte marqué par **la rareté des données disponibles** et la nécessité d'accompagner le changement, la **collecte d'indicateurs** spécifiques relatifs à l'accès aux soins et à l'intervention précoce apparaît indispensable. Elle permettra d'ajuster les besoins, de piloter le déploiement des dispositifs et de s'assurer, à l'instar des travaux internationaux, du bénéfice médico-économique des actions engagées.

2. Recommandations

2.1. Les conditions de la réussite

1/ Un cadre national lisible avec gouvernance claire en termes de pilotage

- Une volonté politique et institutionnelle indispensable avec des moyens ciblés, travaillée en interministériel
- Un financement pluriannuel et pérenne (éviter l'épuisement par appel à projet) et l'incertitude qui pèse sur les professionnels investis
- Une pérennité des dispositifs en évitant d'accentuer les inégalités territoriales par des dispositifs expérimentaux ou successifs sans évaluation des précédents et de l'existant.

2/ Une organisation ancrée sur les territoires

- **Adapter l'organisation en fonction des ressources locales**, clarifier les rôles respectifs et assurer une concertation institutionnelle régulière
- Proposer une **porte d'entrée identifiable** dans chaque territoire et une équipe d'intervention précoce avec un **panier de soin minimum**
- **Identifier l'ensemble des ressources de chaque territoire** : équipes engagées dans les programmes d'intervention précoce, MDA, équipes de secteur PEA et PA, CMPP et autres structures non sectorisées ou intersectorielles, libéraux et médecins généralistes engagés dans les CLSM et les CPTS, équipes spécialisées en psychiatrie (ESS), SAS psy, notamment dans certains territoires et structures "jeunes" (notamment FSEF).
- **Grader les structures / hiérarchiser** les besoins, les ressources
- **Travailler les interfaces et les articulations** entre acteurs locaux pour créer de la lisibilité et de la fluidité dans les parcours
- **Inscrire dans chaque PTSM et CPTS** un parcours adolescent-jeune adulte, ainsi que l'intervention précoce avec un accord explicite des directeurs et des commissions médicales d'établissement

3/ Des structures-ressources identifiées dans les territoires : des rôles clairs et lisibles pour chacun

- **Première ligne : socle des repérages**
 - Mobiliser les acteurs de la première ligne (MG, MDA, missions locales, ASE, PJJ, structure- jeunesse, CLSM, associations, santé scolaire /étudiante , personnes référentes formées au PSSM...)

- Enjeu spécifique de la santé des étudiants : SSE, FSEF, Nightline et associations de pairs (ex CAPU), à adapter pour les étudiants des filières techniques et d'apprentissage
- Clarifier les rôles de chacun : repérer pour orienter, mais repérer n'est pas soigner.
- **Régulation entre première et deuxième ligne pour faciliter l'entrée dans les soins**
 - Régulation territoriale des situations de crise : urgences SAS, SAU, 3114, alternative à l'hospitalisation équipes-mobiles d'évaluation ou de soins intensifs à domicile
 - Concertation institutionnelle régulière entre les différents acteurs et les différentes structures.
 - Missions d'aller-vers, coordonnées par les équipes spécialisées au service des premières lignes : personnels mobiles (Care Manager), équipes mobiles et aller-vers numérique : questionnaires d'orientation en ligne, ressources d'évaluation, téléconsultations
 - Communauté de pratiques comme outil central à l'échelle d'un territoire
 - Coordination des différents niveaux : régional, départemental et infra départemental (secteurs, inter-secteurs)

4/ Des ressources humaines stratégiques pour développer une culture commune des professionnels

- **Partage et continuité des savoirs et des représentations entre PEA et PA et entre professionnels de première ligne**
 - Par la coordination au sein des CPTS, Communauté de pratiques, CLSM
 - Par la formation continue ciblée, concertée sanitaire, médico-sociale et éducation adaptée à chaque fonction
 - Par la recherche sur les pratiques de soins (évaluation, prévention), moteur d'attractivité et de qualité
 - Par des temps partagés avec d'autres structures ou équipes mixtes PEA PA
- **Développement de ressources humaines au sein d'équipes intégrées pluriprofessionnelles :**
 - IDE, IPA en psychiatrie (accueil, coordination des parcours)
 - Psychologue formé spécifiquement (TCC, prise en charge familiales, psychoéducation)
 - Rôle clés des **care managers** (IDE, travailleurs sociaux, psychologues, ergothérapeutes, orthophonistes, psychomotriciens) pour créer du lien et "encapaciter" les premières lignes au repérage et à l'orientation vers les soins spécialisés pour une entrée dans les soins fluides et sans délais (voir modèle des

infirmiers Sésame pour les troubles légers et celui de Toulouse ou Presto en Médecine Générale à St-Etienne).

5/ Des programmes d'intervention précoce spécifiques adaptés à l'âge de transition, visibles dans les territoires

- **Nécessité de programmes spécifiques :**
 - Pour répondre à des besoins spécifiques : en fonction du développement, de la situation socio-éducative, d'une clinique spécifique, de troubles complexes (trauma, troubles du neurodéveloppement, consommations, etc)
 - Pour permettre une continuité entre PEA et PA : Le jeune ne doit jamais porter seul la transition
 - Pour améliorer la lisibilité des parcours pour les professionnels et les publics, et assurer l'accessibilité et stabilité dans le temps, permettant de créer des filières d'accès aux soins et des accompagnements adolescents- jeunes adultes pour les troubles psychiatriques nécessitant un recours à des soins spécialisés.
- Des modalités d'accompagnement et de soins empruntant aux pratiques de la PEA et de la PA et répondant à la réforme des autorisations
 - Approche centrée sur les jeunes, la famille, les aidants : travailler avec les familles sans les rendre responsables facilitant l'engagement du jeune, de la famille et de l'entourage avec des modalités de soins hybrides, "youth-friendly", incluant la pair-aidance ;
 - Réduction des discontinuités et soins adaptés aux contraintes des jeunes par l'accompagnement par un référent clair : care-manager travaillant dans une dynamique pluridisciplinaire (culture biopsychosociale...) stable dans le temps et accompagnant le jeune dans son milieu, en ambulatoire ou en créant du lien avec les premières lignes pour faciliter l'adressage
- Les DIP peuvent jouer un rôle opérateur central sur le territoire avec un cahier des charges définis pour la coordination des parcours des jeunes présentant des troubles psychiatriques débutants ou ayant un état mental à risque de troubles psychiatriques, pour la communication, le suivi d'indicateurs qualité, les actions de sensibilisation et de formation.

2.2. 10 mesures d'urgence pour le repérage et l'intervention précoce

Recommandation 1 : Établir une cartographie à l'échelle des territoires des ressources et partenaires impliqués dans le repérage et les soins pour les jeunes

Il est recommandé d'établir, à l'échelle de chaque territoire, une cartographie exhaustive et partagée des ressources intervenant dans le repérage, l'orientation et la prise en charge des adolescents et jeunes adultes.

OBJECTIF : Rendre lisible un parcours de repérage et améliorer l'orientation dans des filières d'accès aux soins adaptés sans délai pour tous, sans oublier les jeunes les plus à risque de troubles psychiatriques sévères

MODALITÉS DE MISE EN OEUVRE :

- Identifier précisément la nature de chaque intervenant par territoire (public, privé, première ligne, sanitaire, social, associatif, usagers), leur public, champ d'action (information, dépistage, soins, soutien par les pairs),
- Identifier leur niveau d'intervention : qui fait quoi, selon quel principe, quelle durée, pour quels âges
- Positionner les MDA sur des âges clairs correspondant aux âges collège-lycée (11-20 ans)
- Rendre publique et accessible cette cartographie à tous
- Engager un travail de concertation pour construire une filière d'intervention précoce à l'échelle des PTSM et des communautés de pratiques et inscrire dans chaque CPTS un parcours adolescent-jeune adulte

EFFETS ATTENDUS :

Amélioration de la lisibilité du système, de la coordination des dispositifs permettant une meilleure cohérence dans les actions de repérage, de prévention et de soins

Recommandation 2 : Repenser l'articulation entre repérage, orientation et soins

La construction de filières d'accès aux soins nécessite des interfaces entre le public et les acteurs de première ligne et les ressources spécialisées

OBJECTIF : Améliorer l'articulation entre repérage de première ligne et ressources spécialisées, sans engorgement inutile des ressources spécialisées ni des urgences et sans retarder l'accès à des soins adaptés pour les jeunes les plus à risque.

MODALITÉS DE MISE EN OEUVRE :

- Développer des programmes de sensibilisation des acteurs de première ligne (professionnels de l'Éducation, acteurs sociaux ou associatifs, MG, psychologues du dispositif "Mon soutien psy", personnels des MDA, répondants des lignes d'appel PAEJ,

professionnels de l'ASE et de la PJJ, Sentinelles Nighline, 3114, personnels de "mon bilan prévention" 18-25...) : comprendre les enjeux de l'IP et les signes de repérage des troubles nécessitant le recours à des services spécialisés, connaissances et utilisation des ressources à l'échelle du territoire

- **Développer la littératie** dans le champ de l'intervention précoce (cf site santepsyjeunes.fr, PsyCom) et des ressources numériques pour le public et les premières lignes (sur le modèle du questionnaire PRIMO)
- Permettre un accès par auto-adressage en première intention (sans courrier de médecin) en mettant en place une **évaluation initiale par un personnel formé**
- Développer les **téléconsultations et télé-expertises** pour permettre une évaluation à distance, facilitant l'orientation par des professionnels spécifiquement formés : créer une cotation de téléconsultation complexe psychiatrie jeunes
- Mettre en place une **consultation obligatoire au collège et au lycée** (classe de 4ème et classe de 2de a minima) de santé globale : évaluation psychique et somatique (infirmiers scolaires, outils numériques) et renforcer le volet santé mentale de "mon bilan prévention" pour les 18-25
- Développer en **médecine générale le modèle des infirmiers Sésame** pour les jeunes pour les troubles modérés, à renforcer par une articulation avec les services spécialisés DIP (2d ligne) en cas de situation à risque de troubles sévères
- Faciliter l'accès aux soins spécialisés des primo-accédants aux soins sur l'ensemble du territoire en réservant **un créneau par semaine sur tous les CMP**

EFFETS ATTENDUS : Diminution du délai d'accès à des soins adaptés, limiter le recours aux urgences et à l'hospitalisation, réduction de la stigmatisation par les acteurs de santé non spécialisés et / ou impliqués auprès des jeunes.

Recommandation 3 : Structurer un pilotage national du repérage et l'intervention précoce avec un centre ressource national

Il est recommandé de **créer un centre ressource national dédié au repérage et à l'intervention précoce**. Ce centre aura pour mission de définir les référentiels nationaux, d'accompagner le déploiement des dispositifs territoriaux, de soutenir la formation, de coordonner les indicateurs de suivi et de favoriser une démarche d'amélioration continue.

OBJECTIF : Permettre la structuration du réseau des DIP pour assurer la qualité des prises en charge et le maillage territorial harmonisé et durable répondant aux principes de l'intervention précoce qui ont fait leur preuve. L'expérience du Réseau Transition constitue une base solide.

MODALITÉS DE MISE EN OEUVRE :

- Définition du **cahier des charges des DIP** sur la base d'un consensus d'experts
- Accompagnement au **déploiement et structuration du maillage national**, de centres régionaux et de centres de proximité (recommandation 4)

- Élaboration des **programmes de formation courtes** (master class), de plans de communication
- Mise en place de **formation spécialisée** pour les professionnels de santé (DIU National DIPPPEJAAD)
- Elaboration d'un programme de **formation continue** au Care Management dans le cadre de l'IP (40h)
- Mise en place d'un **plan de suivi et validation d'indicateurs de fidélité**
- Mise en place d'un **processus d'amélioration continue** sur le modèle des systèmes apprenant en santé
- Animation scientifique et coordination de programmes de recherche (recommandation 9)

EFFETS ATTENDUS : passage à l'échelle homogène répondant au modèle ayant fait ses preuves, réduction des disparités territoriales et structuration durable du domaine.

Recommandation 4 : Mailler le territoire avec des dispositifs d'intervention précoce

Le territoire doit être maillé par des dispositifs de proximité couvrant des bassins de population de 200 000 à 300 000 habitants, s'appuyant sur les ressources existantes en psychiatrie de l'enfant, de l'adolescent et de l'adulte. En sus de ce maillage de proximité, des centres référents régionaux doivent, en plus des soins de base, assurer des missions d'expertise, d'appui aux situations complexes, de formation et de coordination territoriale.

OBJECTIF : Garantir une réponse adaptée aux besoins de la population en combinant proximité, gradation des soins et expertise spécialisée.

MODALITÉS DE MISE EN OEUVRE :

Mettre en place un maillage territorial optimal en différenciant des centres référents régionaux et des centres de proximité répondant à un cahier des charges précis :

- des **dispositifs de proximité** proposant un panier de soins minimal disponible sur l'ensemble du territoire (bilan médical et fonctionnel ; plan de soin personnalisé ; psycho-éducation ; prise en charge des familles), s'appuyant sur les ressources existantes en PEA et PA : équipe mixte ou intégration renforcée par des personnels partagés et pour des territoires d'environ 300 000 habitants.
- des **centres référents régionaux**, couvrant des territoires larges proposant en plus du panier de soin minimal des soins plus spécialisés et un soutien aux dispositifs de proximité (cf centre référent maladie rare) :
 - proposent un soutien pour les situations complexes comorbides nécessitant une évaluation plus poussée ou une expertise (bilan neuropsychologique, imagerie, comorbidité somatique, intrication avec des troubles du neurodéveloppement, ou des maladies rares, etc) ou des ressources thérapeutiques (psychoéducation, groupes thérapeutiques) non disponible en proximité

- assurent un déploiement territorial cohérent et la coordination des acteurs sur le territoire : mise en place de communautés de pratique, de partage d'expérience, de RCP, aide au déploiement de recherche et au déploiement des actions de formation sur place, de formation continue des professionnels, notamment des case manager et de sensibilisation dans le milieu.

EFFETS ATTENDUS : réduction des inégalités territoriales, adaptation à chaque territoire en fonction des besoins et des ressources existantes tout en maintenant les fondamentaux assurant l'efficacité et l'efficacité des dispositifs.

Recommandation 5 : Former l'ensemble des acteurs aux nouvelles pratiques de soins adaptées à l'intervention précoce

La formation initiale et continue des professionnels doit intégrer de manière structurée les enjeux de la santé mentale de l'adolescent et du jeune adulte, les principes de l'intervention précoce et les pratiques de care management.

OBJECTIF : Acculturation croisée entre les domaines, diffusion des nouvelles pratiques de l'IP, ses principes, ses modalités de mise en place

MODALITÉS DE MISE EN OEUVRE :

- Dans le cadre de la formation continue :
 - **Former massivement au care management** infirmiers, psychologues, travailleurs sociaux exerçant dans les CMP, et opérateurs de terrain (PJJ, ASE, ...) acteurs de changement de pratiques dans l'accompagnement (recommandation 6).
 - Déployer des modules de **formation adaptés aux MG** formation hybride : en ligne, avec des ateliers de mise en situation (en appui avec la recommandation 2)
 - Prévoir des **formations d'équipes spécialisées dans leur ensemble** (en appui de la recommandation 4)
 - Développer des **plans coordonnés de formation sur les territoires** : en synchronisant le déploiement de modules de sensibilisation à l'intervention précoce auprès des partenaires de première ligne avec l'ouverture d'équipe DIP et avec la formation de référents (PSSM, personnels repère de l'éducation nationale, sentinelles de la Nightline, CROUS, etc.).
- Dans le cadre de la formation initiale
 - Introduire des modules de formation spécifique sur les enjeux de l'IP dans les parcours de formation initiale des **professionnels en santé** (Médecin, infirmier, ...)
 - Introduire une **formation spécifique transversale FST "santé de l'adolescent"** sur le modèle de la FST périnatalité ou personne âgée.

- Introduire / renforcer la formation initiale des **psychologues** par un module spécifique sur l'IP, les notions de rétablissement dans les troubles psychiatriques émergents
- Introduire un **stage en psychiatrie obligatoire pour les étudiants** en formation médicale (externes) et pour les **internes de médecine générale**

EFFETS ATTENDUS : Acculturation croisée entre intervenants, vision partagée positive des troubles psychiatriques débutants dans une perspective de rétablissement, déstigmatisation.

Recommandation 6 - Favoriser le changement de pratiques à l'échelle des territoires

Il est recommandé de développer les fonctions de case management, de faciliter les postes partagés entre secteurs et de structurer des espaces réguliers de concertation pluridisciplinaire et de partage d'expérience.

OBJECTIF : Engager l'ensemble des partenaires de façon trans-sectorielle et transnosologique

MODALITÉS DE MISE EN OEUVRE :

- En termes de ressources humaines :
 - Déployer des **care managers / infirmiers comme référents auprès des partenaires de 1^{ère} ligne** (MG / MDA ...) (en appui avec la recommandation 2)
 - Faciliter la création de **postes partagés** entre secteurs (par ex entre le domaine social et sanitaire, entre PEA et PA et la facilitation d'unités mixtes PEA PA)
 - Promouvoir la formation spécialisée **d'infirmier en psychiatrie** avec une année supplémentaire
 - Développer les postes de **l'IPA** dans les équipes DIP, permettant notamment d'assister des professionnels non spécialisés dans le suivi des prescriptions
- En termes d'animation territoriale
 - Assurer un partage d'expérience par une **communauté de pratiques** permettant d'assurer une veille bibliographique, un partage d'information sur les ressources du territoire, une rencontre avec les acteurs libéraux et de ville.
 - Mobiliser des PTSM, CPTS, des CLSM
 - Favoriser la mise en place de **staff ado / adulte mensuels**
 - Instaurer des **réunions de concertation pluridisciplinaire** (RCP)

EFFETS ATTENDUS : Amélioration de la continuité des parcours, renforcement de la coordination et montée en compétences collective par un partage d'expérience

Recommandation 7 - Développer les nouvelles technologies en santé au service du repérage et de l'intervention précoce

Le développement d'outils numériques doit soutenir le repérage, l'évaluation, le suivi et les interventions thérapeutiques, tout en garantissant leur validité, leur éthique et leur acceptabilité.

OBJECTIF : faciliter l'accessibilité aux ressources d'information, d'évaluation et thérapeutiques y compris déployer la téléconsultation / télé-expertise auprès des professionnels spécialisés sur l'ensemble du territoire

MODALITÉS DE MISE EN OEUVRE :

- **Renforcer les outils d'évaluation en ligne ou numérique**, facilitant le repérage et le dépistage ainsi que la définition des besoins thérapeutiques ou d'accompagnement (en appui avec la recommandation 2)
- **Développer les outils facilitant le recueil de données sur le suivi du patient**, mise en place de dossiers numériques partagés (suivi du déploiement)
- **Mettre en place des espaces de soins numériques distanciels** :
 - groupes thérapeutiques et psychoéducation
 - téléconsultation pour le suivi à associer à un professionnel référent de proximité (y compris MG quand pas de psy)
- **Promouvoir des recherches sur les aspects éthiques et sociologiques** et les études de validation pour les dispositifs médicaux à visée prédictive du risque évolutif ou d'aide à la décision pour des programme de soins personnalisés

EFFETS ATTENDUS : Meilleure accessibilité aux soins, continuité des parcours, adaptation des modalités de soins aux usages de la population cible, meilleure mobilité pour les acteurs d'accompagnement, réduction des inégalités territoriales.

Recommandation 8 - Assurer un financement pérenne et pluriannuel

Les financements doivent être fléchés, pluriannuels et intégrés aux réformes de la tarification, en s'appuyant sur les enseignements des expérimentations évaluées.

OBJECTIF : Assurer un financement soutenable et attractif pour permettre le développement de ces dispositifs qui permettra en 2 ans un retour positif sur l'investissement

MODALITÉS DE MISE EN OEUVRE :

- S'appuyer sur les initiatives de financement évalués (art 51) pour **mettre en place un financement au parcours** (par ex DIPPE des pays de Loire)
- Permettre une **pondération favorable au développement de l'intervention précoce dans la réforme de la tarification en psychiatrie**
- Prévoir un financement pour les actions de détection et de parcours prévention (forfait à évaluer)

- Prévoir un financement pour les actions de formation coordonnées sur le territoire.
- Prévoir un financement de l'évaluation des DIP avec suivi des indicateurs et d'un système apprenant rapide (démarche d'amélioration continue)

EFFETS ATTENDUS : Stabilité des équipes, retour sur investissement médico-économique et pérennisation des dispositifs attractivité durable pour les personnels soignants et particulièrement les infirmiers.

Recommandation 9 - Soutenir les programmes de recherche sur l'intervention précoce et la prévention en santé mentale des adolescents et jeunes adultes

Le déploiement de l'intervention précoce doit impérativement s'accompagner de programmes de recherche fléchés, dans les différents domaines de la prévention, de l'intervention précoce et des processus liés à l'adolescence cérébrale. La recherche, vecteur de déstigmatisation, porte la perspective d'amélioration des soins.

OBJECTIF : Améliorer les connaissances scientifiques, cliniques, en santé publique et en sciences humaines et sociales, corriger les idées reçues et ouvrir de nouvelles perspectives.

MODALITÉS DE MISE EN OEUVRE :

- **Encourager et rendre attractive la recherche pluridisciplinaire** en fléchant les appels d'offres nationaux sur la période de transition (PHRC, ANR) : recherche clinique et thérapeutiques, outils d'aide à la décision, validité de marqueurs pronostiques, recherches translationnelles et à visée cognitive...
- **Impliquer les personnes concernées** dans la définition des objectifs et le pilotage des projets
- **Cibler l'ensemble du parcours et des besoins** : prévention, soins, accompagnement, rôle de l'entourage et des familles, recherche médico-économique, développement des nouvelles technologies et enjeux éthiques...
- **Élaborer des programmes de recherche en santé publique** axés sur les déterminants de santé, sur l'organisation des systèmes de soins, sur l'efficacité des nouvelles pratiques et programmes thérapeutiques ;
- Financer des **cohortes et cohortes participatives** définies avec les jeunes
- **Mesurer l'impact des activités des collectivités territoriales** pour valoriser et promouvoir la prévention et le repérage précoce.

EFFETS ATTENDUS : progression des connaissances et de la qualité des soins, aide au pilotage stratégique des politiques de santé, amélioration de l'adéquation des recherches et de l'offre de soins, déstigmatisation.

Recommandation 10 - Renforcer la co-construction avec les usagers et leurs proches

Intégrer de manière systématique la participation des usagers (jeunes concernés) et de leurs proches à l'ensemble du cycle de vie des dispositifs d'intervention précoce, depuis leur conception jusqu'à leur évaluation.

OBJECTIF : Faire des jeunes et de leurs proches des acteurs à part entière des politiques de repérage et d'intervention précoce, afin d'améliorer l'acceptabilité, la pertinence et l'efficacité des dispositifs déployés.

MODALITÉS DE MISE EN OEUVRE :

Cette co-construction doit s'appuyer sur :

- **l'association des jeunes et des familles** aux instances de pilotage et de gouvernance des dispositifs territoriaux et nationaux,
- la **prise en compte structurée de l'expérience vécue** dans l'élaboration des parcours, des outils de repérage, des modalités d'accompagnement et des actions de formation des professionnels,
- le **développement et la reconnaissance du soutien par les pairs**, en complémentarité des approches professionnelles, notamment pour favoriser l'engagement dans les soins, la déstigmatisation et l'accès aux dispositifs,
- une **attention particulière portée aux jeunes et aux familles les plus éloignés du système de soins**, afin de réduire les inégalités sociales et territoriales d'accès à l'intervention précoce.

EFFETS ATTENDUS : Dispositifs pertinents, accessibles et mieux adaptés aux besoins des jeunes et de leurs familles.

3. Conclusion

L'intervention précoce en psychiatrie chez l'adolescent et le jeune adulte constitue une avancée majeure en santé mentale. En agissant rapidement, de manière globale et personnalisée, elle permet de limiter la chronicisation des troubles, de soutenir l'insertion sociale et de favoriser le rétablissement. Elle représente un enjeu de santé publique essentiel pour accompagner les jeunes générations vers l'âge adulte avec les meilleures chances de développement tout en limitant l'impact financier et sociétal qu'ont les maladies psychiatriques sévères. Elle permet de changer le regard sur les troubles psychiatriques du jeune en apportant une vision positive et optimiste sur les capacités de rétablissement.

L'intervention précoce est possible et efficace si elle suit les composantes essentielles recommandées par les expériences internationales. Le travail initié par la Haute Autorité de Santé (HAS) permettra de confirmer les recommandations françaises pour les troubles psychotiques débutants et les situations à risque. **Le mouvement est initié en France au sein du réseau Transition** avec des modèles variables mais des objectifs harmonisés. Elle **renforce l'attractivité pour les professionnels** qui retrouvent du sens dans ces modalités de soins intégrant l'ensemble des besoins du jeune et de son entourage.

L'intervention précoce n'est pas une simple question de "diagnostic plus rapide", c'est une **véritable transformation des pratiques**, où les soins doivent être initiés en amont d'une situation de crise ou d'un diagnostic formel dès lors que les troubles impactent le fonctionnement et nécessitent le recours à des ressources spécialisées. Son déploiement nécessite un **changement de paradigme**, dans l'organisation de **filières d'accès aux soins et des soins eux-mêmes**, dans une continuité entre PEA et PA et pousse à sortir d'une approche catégorielle. Elle ne peut se déployer sans revoir l'articulation entre première et deuxième ligne, pour le repérage, le dépistage, l'orientation et plus généralement **une inscription du parcours de soins respectueux du parcours de vie et dans une logique trans-sectorielle**.

C'est aussi un **choix de société** : elle engage le développement de l'individu, la parentalité future, la citoyenneté, l'organisation des intervenants pour la prévention du suicide et du handicap psychique. Aucune transformation ne sera possible sans une **gouvernance claire** permettant une vision globale à long terme et des financements pérennes (à l'instar des Plans cancer) dans un plan pluriannuel associant ressources humaines et évolution de structures en psychiatrie. Suivant le principe de parcours de vie et de soins inclusifs dans la cité, le travail doit être soutenu par un **travail en interministériel** permettant d'aborder la question de la prévention et l'action sur les déterminants de santé dans les différents secteurs (éducation, culture, sport...) en renforçant les moyens pour agir à temps, sans perte de chance, pour les jeunes faisant l'expérience d'un trouble psychiatrique débutant.

ANNEXES

Annexe 1 : Abréviations

- ARS : agence régionale de santé
- ASE : aide sociale à l'enfance
- CJC : consultations jeunes consommateurs
- CLSM : conseils locaux de santé mentale
- CNSJ : collectif National pour la santé des jeunes
- CM : case manager / care manager (care = soin)
- CMP : centre médico-psychologique
- CMP-IJ : centre médico psychologique infanto juvénile
- CMPP : centres médico-psycho-pédagogiques
- CPTS : communautés professionnelles territoriales de santé
- DIP : dispositifs d'intervention précoce
- DUP : durée de psychose non traitée (duration of untreated psychosis)
- FST : formation spécialisée transversale
- FSEF: Fondation santé des Etudiants de France
- HAS : Haute Autorité de Santé
- IDE : infirmier diplômé d'Etat
- IEPA : International Early intervention and Prevention in mental health Association
- IP : intervention précoce
- IPA : infirmière en pratique avancée
- PAEJ : point accueil écoute jeunes
- FESJ : Fédération des Espaces pour la Santé de Jeunes
- FIOP : fonds d'innovation organisationnelle en psychiatrie
- MDA : maisons des adolescents
- MG : médecine généraliste
- PA : psychiatrie adulte
- PEA : psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent
- PEP : premier épisode psychotique
- PJJ : protection judiciaire de la jeunesse
- PSSM : premiers secours en Santé mentale
- PTSM : projets territoriaux de santé mentale
- RCP : réunion de concertation pluridisciplinaire
- SAS Psy : service d'accès aux soins psychiatrique
- SAU : service d'accueil des urgences
- SSE : services de santé étudiants
- UHR: ultra haut risque
- URPS: Unions Régionales des Professionnels de Santé

Annexe 2 : 10 MESURES D'URGENCE

Recommandation 1 :

Établir une cartographie à l'échelle des territoires des ressources et partenaires impliqués dans le repérage et les soins pour les jeunes.

Recommandation 2 :

Repenser l'articulation entre repérage, orientation et soins.

Recommandation 3 :

Structurer un pilotage national du repérage et l'intervention précoce avec un centre ressource national.

Recommandation 4 :

Mailler le territoire avec des dispositifs d'intervention précoce.

Recommandation 5 :

Former l'ensemble des acteurs aux nouvelles pratiques de soins adaptées à l'intervention précoce.

Recommandation 6 :

Favoriser le changement de pratique à l'échelle des territoires.

Recommandation 7 :

Développer les nouvelles technologies en santé au service du repérage et de l'intervention précoce

Recommandation 8 :

Assurer un financement pérenne et pluriannuel.

Recommandation 9 :

Soutenir les programmes de recherche sur l'intervention précoce et la prévention en santé mentale des adolescents et jeunes adultes

Recommandation 10 :

Renforcer la co-construction avec les usagers et leurs proches.

Annexe 3 : Cartographie des Dispositifs d'intervention précoce en France

LE RESEAU NATIONAL TRANSITION

Un réseau national pour harmoniser et diffuser les pratiques



Initié en 2006
Depuis 2014 > 1000 professionnels formés

1 réseau ressources
17 Centres à vocation régionale
53 Centres de proximité

Task force : 15 experts
PEA et PA
Universitaire et intersectoriel
Représentant les territoires

2010 : 4 centres
2024 : 70 centres

▶ M-O Krebs (Paris)	▶ S. Dollfus (Caen)	▶ F. Haesebaert (Lyon)	▶ J. Martin (Dijon)
▶ J. Bourgin (Orsay)	▶ D. Purper (Montpellier)	▶ N. Jaafari (Poitiers)	▶ J. Caubel (Boulogne)
▶ M. Walter (Brest)	▶ V. Laprevote (Nancy)	▶ E. Fakra (St Etienne)	▶ MC Bralet (Amiens)
▶ C. Lemey (Brest)	▶ R. Jardri (Lille)		▶ M Espitalier (Nantes)

www.institutdepsychiatrie.org

Exemples d'actions déployées

- Mise au point d'un programme d'éducation thérapeutique ICARE/YOUCARE ; construction du GPS Ado (collaboration psyCom, Prism, Unafam);
- Coordination du DU National et proposition d'un programme de Master Class
- Travail en cours pour un consensus d'experts sur un cahier des charges et guide d'implémentation
- Définition d'indicateurs fidélité (méthode DELPHI),
- Journées annuelles : JIPEJAAD ; branche francophone de l'IEPA et de l'IAYMH ; journée clinique Transition en Région
- Visibilité internationale : membre fondateur de la branche francophone de l'IEPA et de l'IYMHA
- Site Internet Santé Psy Jeunes (www.santepsyjeunes.fr) – Brochures « Mieux comprendre, mieux soigner » ...
- Outil de repérage et d'aide à l'orientation PRIMO

Annexe 4 : Éléments clés des soins de santé mentale pour les jeunes

Commission pour la santé mentale des jeunes, Lancet Psychiatry

McGorry PD, Mei C, Dalal N, et al. *The Lancet Psychiatry Commission on youth mental health. Lancet Psychiatry* 2024; 11: 731–74.

1. **Sensibiliser** davantage la communauté, l'éduquer et la mobiliser, en particulier en matière de prévention et de déterminants sociaux et économiques de la santé mentale.
2. Garantir **l'engagement et la participation des jeunes** (y compris les pairs aidants) dans tous les aspects des services afin de s'assurer que ces derniers sont adaptés aux jeunes et exempts de stigmatisation.
3. Mettre en place un **accès facile, rapide et abordable** aux soins (par exemple, des services d'auto-orientation et d'accueil sans rendez-vous qui sont gratuits ou peu coûteux, dans des lieux accessibles, non stigmatisants), et utiliser des stratégies mobiles de sensibilisation et de détection combinées à des programmes d'éducation communautaire pour atteindre un large éventail de groupes, y compris dans le domaine de la psychose et des troubles alimentaires
4. Adopter une **approche holistique et optimiste** de la prévention et de l'intervention précoce, qui offre des soins fondés sur des **données probantes, adaptés au stade de la maladie** et guidés par une **prise de décision partagée**.
5. Créer une unité **de pratique intégrée organisée autour des besoins** des jeunes et offrant un cycle complet de soins grâce à une équipe multidisciplinaire composée de personnel clinique et non clinique, idéalement dans un seul et même lieu
6. **Intégrer** les services de santé mentale et physique, les services de lutte contre les addictions et le soutien éducatif et professionnel
7. Établir des **liens** solides avec les écoles et les établissements d'enseignement supérieur
8. Intégrer le **soutien numérique** à toutes les étapes des soins (admission, modèles de soins mixtes et après la sortie) ainsi qu'avant l'admission aux soins en face à face
9. Donner la priorité à des **soins spécifiques aux jeunes, inclusifs et adaptés à leur culture et à leur développement**, reflétant l'épidémiologie des maladies mentales et les besoins spécifiques associés à la phase de vie de l'âge adulte émergent —cela implique d'accorder une attention particulière aux questions de vie privée et de confidentialité et de veiller à ce que les systèmes de soutien autour des jeunes, notamment les structures familiales, éducatives et professionnelles, soient impliqués et soutenus
10. S'appuyer sur **l'engagement et le soutien de la famille**, y compris les travailleurs pairs familiaux
11. Créer des **transitions fluides** vers et hors des services (par exemple, lors du passage des services destinés aux jeunes ou vers les services destinés aux adultes plus âgés)
12. **Permettre la formation et l'amélioration continue** grâce à l'audit, l'évaluation et le développement des ressources humaines.

Annexe 5 : Composantes essentielles de l'intervention précoce

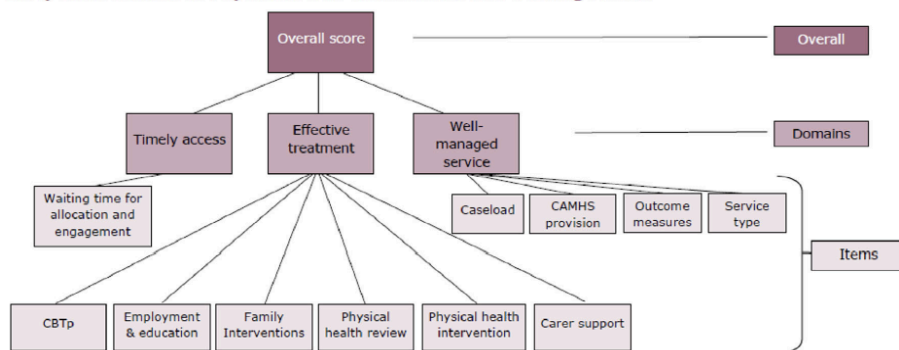
Adaptées de PIPEP, MSSS

- 1 Sensibilisation de la communauté
- 2 Accès facile aux services (délais / horaires / accessibilité)
- 3 Évaluation bio psycho sociale
- 4 Plan d'intervention centré sur le rétablissement / révisé tous les 6 mois
- 5 Traitements médicamenteux si nécessaire et traitement des comorbidités
- 6 Intervention intensive dans le milieu (case management)
- 7 Interventions de groupe, psychoéducation des patients
- 8 Intervention familiale, psychoéducation des parents
- 9 Thérapie cognitive et comportementale
- 10 Réinsertion professionnelle ; retour aux études & maintien
- 11 Orientation en fin de programme selon la situation ; Suivi à la suite du transfert si transfert
- 12 Partenariats avec les services adresseurs et d'aval
- 13 Intervention préventive chez les UHR
- 14 Participation des jeunes et parents et soutien par les pairs

Modalités organisationnelles

- Population visée flexible entre 12-30 ; critères d'inclusion inclusifs (pas d'exclusion des comorbidités, addictions). Renforcer le « screening » pour optimiser l'orientation et limiter l'engorgement
- Durée d'intervention Minimum 2 - 3 ans (recommandation québécoise à 5 ans)
- Orientation - Agir en amont pour atteindre des UHR ;
 - Toute forme d'adressage, y compris par le jeune lui même
 - Interventions dans la communauté et formation des référents
- Délais - Screening dans les 72 h, réorientation accompagnée si pas adapté
 - 1er contact < 72 h après la demande;
 - Evaluation médicale rapide délai < 15 j (jusqu'à 30 si UHR) ,
 - Délai max 24h si crise => articulation avec les urgences
 - Attribution rapide d'un intervenant pivot / gestionnaire de cas / Care manager (< 5j)
- Composition des équipes (pour territoire 200-300 000 habitants)
 - Taille 5 - 12 équivalent temps plein ; "case load " 1 case manager / 16 à 20 patients
 - psychiatres adultes + psychiatres enfants et adolescents (présence médicale continue)
 - composition : infirmières, psychologues, TCC, pair aidant, spécialiste réinsertion, personnels formés à l'éducation thérapeutique
 - accès à : neuropsychologue, nutritionniste, travailleur social, addictologue, pédiatre, généraliste, kiné, éducateur physique (activité physique adaptée), conseiller d'orientation, ergothérapeute, psychomotricien

Early Intervention in Psychosis Self-assessment tool Scoring Matrix



Matrice de notation de l'outil d'auto-évaluation de l'intervention précoce dans la psychose. Ici, 11 éléments sont répartis en 3 domaines qui, à leur tour, déterminent le score global pour une équipe EIP. (Addington et al , 2021)

Annexe 6 : Références

- Addington J, Stowkowy J, Weiser M. Screening tools for clinical high risk for psychosis. *Early Interv Psychiatry*. 2015 Oct;9(5):345-56. doi: 10.1111/eip.12193. Epub 2014 Oct 23. PMID: 25345316
- Andrews JL, Ahmed SP, Blakemore SJ. Navigating the Social Environment in Adolescence: The Role of Social Brain Development. *Biol Psychiatry*. 2021 Jan 15;89(2):109-118. doi: 10.1016/j.biopsych.2020.09.012. Epub 2020 Sep 17. PMID: 33190844
- Allison A, Looi JC, Bastiampillai T : Challenges in addressing youth mental health *Lancet Psychiatry* 2 024 Dec;11(12):956-957. doi: 10.1016/S2215-0366(24)00320-1. PMID: 39572110
- Champion, Jonathan, Matthew J. Taylor, David McDaid, A-La Park, et David Shiers. « Applying Economic Models to Estimate Local Economic Benefits of Improved Coverage of Early Intervention for Psychosis ». *Early Intervention in Psychiatry* 13, no 6 (2019): 1424-30. <https://doi.org/10.1111/eip.12787>.
- Correll CU, Galling B, Pawar A, et al. Comparison of Early Intervention Services vs Treatment as Usual for Early-Phase Psychosis: A Systematic Review, Meta-analysis, and Meta-regression. *JAMA Psychiatry*. 2018 Jun 1;75(6):555-565. doi: 10.1001/jamapsychiatry.2018.0623.
- Cour des comptes, Rapport annuel public, 2025
- Dama M, Shah J, Norman R, et al Short duration of untreated psychosis enhances negative symptom remission in extended early intervention service for psychosis. *Acta Psychiatr Scand*. 2019 Jul;140(1):65-76. doi: 10.1111/acps.13033. PMID: 30963544
- Gannon L, Teague V, Oduola S, et al. The proportion of people with a first episode of psychosis admitted to hospital at initial presentation: a systematic review and meta-analysis *Psychol Med*. 2025 Aug 8;55:e228. doi: 10.1017/S0033291725101256, PMID: 40785402
- Hetrick SE 2 , O'Connor DA , Stavelly H et al Development of an implementation guide to facilitate the roll-out of early intervention services for psychosis *Early Interv Psychiatry* . 2018 Dec;12(6):1100-1111. doi: 10.1111/eip.12420. Epub 2017 Feb 8.
- Jourdan J, Estric C, O'Donoghue B, Chanen A, Schandrin A. Co-occurrence of psychotic disorders and borderline personality disorder: a systematic review and meta-analysis. *Psychol Med*. 2026 Feb 9;56:e43. doi: 10.1017/S0033291726103432. PMID: 41656953 Review.
- Keramatian K, Pinto JV, Tsang VWL, Chakrabarty T, Yatham LN. Duration of untreated or undiagnosed bipolar disorder and clinical characteristics and outcomes: systematic review and meta-analysis. *Br J Psychiatry*. 2025 Sep;227(3):622-632. doi: 10.1192/bjp.2025.63. Epub 2025 May 8.
- Knapp M, Andrew A, McDaid D, 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/>
- Lecardeur, L., Meunier-Cussac, S., Gozlan, G., Duburcq, A., Courouve, L. & Krebs, M. (2020). Prise en charge précoce des psychoses émergentes en France. Recensement, description des activités et besoins en 2018. *L'information psychiatrique*, 96, 569-576. <https://doi.org/10.1684/ipe.2020.2150>
- Léon C, du Roscoät E, Beck F. Prévalence des pensées suicidaires et tentatives de suicide chez les 18-85 ans en France : résultats du Baromètre santé 2021. *Bull Épidémiol Hebd*. 2024;(3):42-56. http://beh.santepubliquefrance.fr/beh/2024/3/2024_3_1.html

- McDaid, D., Park, A.-L., Davidson, G., John, A., Kniffton, L., McDaid, S., Morton, A., Thorpe, L., & Wilson, N. (2022). [The economic case for investing in the prevention of mental health conditions in the UK](#) Mental Health Foundation.
- Mathevet L et Krebs MO. 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 ? L'Information Psychiatrique. 2024;100(9):697-704. doi:10.1684/ipe.2024.2796
- McGorry PD, Hartmann JA, Spooner R, Nelson B. Beyond the “at risk mental state” concept: transitioning to transdiagnostic psychiatry. World Psychiatry. 2018 Jun;17(2):133–42.
- McGorry PD, Mei C, Dalal N, et al. The Lancet Psychiatry Commission on youth mental health. Lancet Psychiatry 2024; 11: 731–74.
- McGorry PD, Early Intervention in youth mental health, Mental Wealth of Nation Santé mentale des Jeunes : bâtir un modèle national d'intervention précoce en psychiatrie , Paris Sénat 5 septembre, replay on <https://institutdepsychiatrie.org/evenement-palais-du-luxembourg-5-septembre-2025/>
- Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS): Cadre de référence, Programmes d'interventions pour premiers épisodes psychotiques (PIPEP) publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2018/18-914-12W.pdf
- Mousley A, Bethlehem RAI, Yeh FC, Astle DE. Topological turning points across the human lifespan. Nat Commun. 2025 Nov 25;16(1):10055. doi: 10.1038/s41467-025-65974-8. PMID: 41290675
- Murray R, Heinz A , Hjorthøj C, George T , Colizzi M ; Challenges in addressing youth mental health . Lancet Psychiatry . 2024 Dec;11(12):956.doi: 10.1016/S2215-0366(24)00313-4. PMID: 39572111
- NICE Psychosis and schizophrenia in adults: prevention and management | Guidance and guidelines | NICE [Internet]. <https://www.nice.org.uk/guidance/cg178>
- Nordentoft M, Melau M, Iversen T, Petersen L, Jeppesen P, Thorup A, Bertelsen M, Hjorthøj CR, Hastrup LH, Jørgensen P. From research to practice: how OPUS treatment was accepted and implemented throughout Denmark. Early Interv Psychiatry. 2015 Apr;9(2):156-62. doi: 10.1111/eip.12108. Epub 2013 Dec 5. PMID: 24304658.
- Oppetit A, Bourgin J, Martinez G et al. The C'JAAD: a French team for early intervention in psychosis in Paris. Early Interv Psychiatry, 2018 ; 12 : 243-249
- Orygen- Australian Clinical Guidelines for Early Psychosis, Ed 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>
- Penttilä et al. Duration of untreated psychosis as predictor of long-term outcome in schizophrenia: systematic review and meta-analysis. Br J Psychiatry. 2014 Aug;205(2):88-94
- Royal academy Standards for Early Intervention in Psychosis Services - 1st Edition Editors: Anita Chandra, Emily Patterson & Sophie Hodge, CCQI285, June 2018, www.rcpsych.ac.uk/eipn
- Salazar de Pablo G, Almeida J, Camacho J, Suárez Campayo J, et al. Do early intervention services for psychosis maintain their effects after transition to usual/modular care? A systematic review and meta-analysis. World Psychiatry. 2026 Feb;25(1):95-104. doi: 10.1002/wps.70012
- Santé Publique France Enquête Enclass, 2022, <https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/sante-mentale/depression-et-anxiete/doc>

[uments/enquetes-etudes/la-sante-mentale-et-le-bien-etre-des-collegiens-et-lyceens-en-france-hexagonal-e-resultats-de-l-enquete-enclass-2022](#)

- Sawyer SM, Azzopardi PS, Wickremarathne D, Patton GC. The age of adolescence. *Lancet Child Adolesc Health*. 2018 Mar;2(3):223-228. doi: 10.1016/S2352-4642(18)30022-1. Epub 2018 Jan 30. PMID: 30169257
- Schmidt SJ, Schultze-Lutter F, Schimmelmann BG, et al ; EPA guidance on the early intervention in clinical high risk states of psychoses. 2015 *European Psychiatry* , 30 (3)Special issue: EPA Guidance papers March 2015 , pp. 388 - 404 DOI: <https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2015.01.01>
- Schultze-Lutter F, Michel C, Schmidt SJ, et al. EPA guidance on the early detection of clinical high risk states of psychoses *Eur Psychiatry*. 2015 Mar;30(3):405-16. doi: 10.1016/j.eurpsy.2015.01.010. PMID: 25735810
- Solmi M, Radua J, Olivola M , et al Age at onset of mental disorders worldwide: large-scale meta-analysis of 192 epidemiological studies *Mol Psychiatry*. 2022 Jan;27(1):281-295. doi: 10.1038/s41380-021-01161-7. PMID: 34079068
- Spanevello C, Alameda L, Solida A, et al. Correlates and trajectories of alcohol and cannabis misuse in the early phase of psychosis: Do we need substance specific interventions? *Schizophr Res*. 2025 Nov;285:349-359. doi: 10.1016/j.schres.2025.09.020.
- World Health Organization 2020 Guidelines on mental health promotive and preventive interventions for adolescents: helping adolescents thrive <https://www.who.int/publications/i/item/9789240011854>

Annexe 7 : Liste des personnes auditionnées

- Madame Auriane ANDRE - Psychologue - SAMSAH "Le trait d'union"
- Monsieur Jérôme ANTONINI - Directeur général de la Fondation Santé des Étudiants de France
- Monsieur Joël AVIRAGNET - Député de Haute-Garonne (8ème circonscription)
- Professeur Catherine BARTHÉLÉMY - Physiologiste Pédopsychiatre (CHU et Université de Tours), ex-Présidente de l'Académie de Médecine
- Monsieur Jean-Baptiste BAUDIER - Psychologue et formateur, Directeur Programmes et Recherche en Santé Mentale chez Nightline France
- Professeur Frank BELLIVIER - Psychiatre d'Adultes, Délégué ministériel à la santé mentale - Professeur de psychiatrie
- Madame Claire BEY - Cheffe du bureau de la santé et de l'action sociale, Direction Générale de l'Enseignement Scolaire (DGESCO)
- Monsieur Sébastien BLIN - Trésorier de l'Association Nationale des Maisons des Adolescents (ANMDA)
- Professeur Olivier BONNOT - Pédopsychiatre, CH Barthélémy Durand, Université Paris Saclay - Président du Conseil National des Universitaires de Psychiatrie - (CNUP)
- Docteur Guillaume BONY - Psychiatre d'Adultes, Chargé de mission ARS Bourgogne Franche Comté
- Professeur Julie BOURGIN - Pédopsychiatre - Cheffe service psychiatrie enfant/ adolescent, responsables du DIP UniSONje / CEPIA GH Nord Essonne, Université Paris Saclay
- Monsieur Olivier BRAHIC - Directeur général adjoint ARS Provence Alpes Côte d'Azur
- Professeur Marie-Cécile BRALET - Psychiatre d'Adultes, Cheffe de Pôle Hospitalo-universitaire Évaluation Parcours Soins en Psychiatrie Adultes, programme DIP Genesis CH Isarien-EPSM Clermont de l'Oise, Université Picardie Jules Verne-Amiens (UPJV)
- Madame Céline BRULIN - Sénatrice de la Seine-Maritime
- Docteur Olivier CANCEIL - Psychiatre d'Adultes, Vice-Présidente Santé Mentale France - Coordinateur médical de la Clinique FSEF Sceaux - Président de la Commission Médicale Centrale de la FSEF
- Monsieur Pascal CARADEC - Cadre supérieur de santé, Directeur des soins EPS Érasme
- Madame Aude CARIA - Directrice du Psycom
- Docteur Alexandra CARRE - Psychiatre d'Adultes, responsable de l'UJAA - Unité ambulatoire de jeunes Adultes et Adolescents - CHU La Colombière, Montpellier
- Madame Marie-Claire CASANOVA - Directrice interrégionale de la protection judiciaire de la jeunesse (PJJ) Grand Est
- Docteur Joséphine CAUBEL - Psychiatre d'Adultes, Cheffe du pôle 92G09, responsable du DIP Filière d'intervention précoce en psychiatrie (FIPP), EPS Érasme, Antony.
- Professeur Brigitte CHABROL - Pédiatre, CHU Marseille, Membre du Comité Consultatif National d'Éthique, Membre de l'Académie des Sciences, Lettres et Arts de Marseille
- Docteur Jean CHAMBRY - Pédopsychiatre, Chef du pôle et Responsable du Centre interhospitalier d'accueil permanent pour Adolescents (CIAPA) du Groupe hospitalier universitaire (GHU) Paris Psychiatrie & Neurosciences, Paris
- Monsieur Daniel CHASSEING - Sénateur de la Corrèze

- Docteur Julie CHASTANG - Médecin généraliste, Vice-Présidente du Collège de Médecine Générale
- Madame Claire COMPAGNON - Membre du Collège de la Haute autorité de santé
- Madame Johanna COUVREUR - Présidente de l'association Quartet Santé
- Monsieur Jean DEYSSON - France Urbaine (Conseiller territoires, santé, solidarités et Europe)
- Professeur Sonia DOLLFUS - Psychiatre d'adultes, CHU Caen , Université de Caen-Normandie - Inserm U 1237, Expert auprès de la Haute Autorité de santé (HAS)
- Docteur Louise Émilie DUMAS - SFPEADA - Psychiatre enfants et adolescents (CHU Nice)
- Docteur Marion ESPITALIER - Psychiatre d'adultes - CHU Nantes (responsable projet DIPPE Art 51)
- Docteur Diane FABRE - Psychiatre d'adultes DIP : Filière d'intervention précoce en psychiatrie – EPS Erasme
- Professeur Éric FAKRA - Psychiatre d'adultes, Chef de pôle adjoint CHU Saint-Etienne, responsable du DIP PSY PREM'S, équipe PSYR2 UMR1028-Inserm
- Professeur Philippe FOSSATI - Psychiatre d'adultes, Président du CNU de Psychiatrie d'adultes (49-03)
- Madame Alexandra FOURCADE - Conseillère départementale des Hauts-de-Seine, Adjointe à la santé à la mairie de Neuilly-Sur-Seine, membre ESPT
- Professeur Ludovic GICQUEL - Pédopsychiatre, Chef de pôle (CHU Poitiers), Président du CNU de Pédopsychiatrie (49-04)
- Monsieur Hugo GILARDI - ARS Hauts de France - Directeur général
- Professeur Nathalie GODART - Pédopsychiatre, cheffe de service à la Fondation Santé des Etudiants de France., Membre SFPEADA
- Monsieur Fabrice GOERGEN - DT PJJ Moselle - Conseiller technique santé / Infirmier
- Monsieur Jean-Carles GRELIER - Député de la Sarthe (5e circonscription)
- Monsieur Dominique GUILLOT - Argos 2001 - Président
- Professeur Frédéric HAESEBAERT - Psychiatre d'Adultes- chef de service, CH le Vinatier, responsable du DIP PEP'S / CoVuJeunes, Univ CB Lyon 1
- Monsieur Gilbert HANGARD - Président ESPT
- Docteur Radoine HAOUI - Psychiatre d'Adultes - CH Béziers, membre de la Commission nationale de psychiatrie
- Professeur Nematollah JAAFARI - Psychiatre d'Adultes, chef de pôle (CH Poitiers), président de l'intercommission d'addictologie
- Madame Chantal JOURDAN - Députée de l'Orne (1ere circonscription)
- Docteur Jean-Paul KORNOBIS - Médecine Générale, Président URPS Hauts de France
- Madame Christine KUHN-KAPFER - DPJJ - Directrice territoriale Alsace
- Professeur Jonathan LACHAL - Pédopsychiatre - SFPEADA
- Docteur Catherine LACOUR - Pédopsychiatre - SFPEADA - Présidente
- Monsieur Marc LAIDET - FHP PSY - Président
- Professeur Vincent LAPREVOTE - Psychiatre d'Adultes Univ de Lorraine - responsable du DIP CLIP, CPN Nancy
- Docteur Marine LARDINOIS - Psychiatre d'Adultes, Coordinatrice du DIP PPPEP48
- Madame Morgane LE BAIL - cheffe du service des bonnes pratiques, Haute Autorité de Santé

- Madame Marie-Hélène LECENNE - Directrice générale de l'Agence régionale de Santé de Corse
- Docteur Denis LEGUAY - Psychiatre d'Adultes, Président de Santé Mentale France
- Professeur Michel LEJOYEUX - Psychiatre d'Adultes, APHP, GHU Psychiatrie et Neurosciences, Université de Paris Cité, Président de la Commission Nationale de Psychiatrie
- Docteur Christophe LEMEY - Psychiatre d'Adultes, responsable du DIP CEVUP / UniTEA, CHU Brest, UBO
- Docteur Marion LENOIR - Pédopsychiatre, Association Nationale des Maisons des Adolescents (ANMDA) - Administratrice
- Docteur Justine LIEWIG - Psychiatre d'Adultes, DIP UniSONje, CH Orsay, GH Nord Essonne
- Madame Lucie LIGIER - ARS Bourgogne Franche Comté - Directrice santé publique
- Monsieur Pascal MARIOTTI - ADESM - Président
- Madame Mathilde MARMIER - Directrice générale de l'Agence régionale de santé Bourgogne Franche Comté
- Docteur Juliette MARTIN - Psychiatre d'Adultes - Cheffe de pôle CH La Chartreuse, Responsable du CIP Transition, Dijon
- Madame Juliette MEADEL - ancienne Ministre déléguée chargée de la ville
- Madame Eliane MELON - Argos 2001 – Vice-Présidente
- Docteur Laurent MORASZ - FHP PSY – Vice-Président
- Professeur Marie Rose MORO – Pédopsychiatre, chef de service de la maison de Solenn.Paris
- Madame Anne Laure MOSER MOULA - ARS Bourgogne Franche Comté - Directrice de l'organisation des soins et autonomie
- Madame Françoise MOULIN CIVIL - Présidente de la Fondation Santé des Etudiants de France
- Docteur Charles Edouard NOTRE DAME - Pédopsychiatre - Association Nationale des Maisons des Adolescents (ANMDA) - 3114, Lille
- Madame Valérie PAPARELLE - Santé Mentale France - Secrétaire générale
- Professeur Christine PASSERIEUX - Psychiatrie d'Adultes- CH Versailles - UVSQ, directrice médicale de Quartet Santé - Projet SESAME
- Professeur Mircea POLOSAN, Psychiatre d'Adultes, CHU Grenoble Alpes, Vice Président du CNUP
- Docteur Etienne POT - Délégué interministériel aux troubles du neurodéveloppement
- Madame Amélie PRIGENT – Haute Autorité de santé (HAS), cheffe de projet
- Madame Diane PURPER - Pédopsychiatre - Présidente Société française TDAH – Cheffe de pôle CHU Montpellier Université de Montpellier
- Madame Emmanuelle REMOND - UNAFAM - Présidente
- Madame Nathalie ROUDAUT - Nightline France - Déléguée générale
- Madame Anne-Victoire ROUSSELET - Psychologue - GHU Psychiatrie et Neurosciences - Paris
- Docteur Éric SALOME- Pédopsychiatre, EPSM des Flandres, Commission Médicale, Conférence nationale des présidents de CME de CHS
- Docteur Jean Pierre SALVARELLI Psychiatre D'Adulte, CH de Saint-Cyr-au Mont-d'Or (Rhône), Conférence nationale des présidents de CME de CHS

- Docteur Christophe SCHMITT - Pédopsychiatre - EPSM Metz-Jury (Moselle) - Président de la Conférence nationale des présidents de CME de CHS -.
- Docteur Deborah SEBBANE - Psychiatre d'Adultes, EPSM Lille Métropole, Directrice du CCOMS
- Professeur Mario SPERANZA - Pédopsychiatre - Hôpital Du Chesnay, Versailles, Université Paris Saclay
- Docteur Nu Thuy Trang TON - Psychiatre d'Adultes, responsable du DIP JENESIS, CH Isarien-EPSM Clermont de l'Oise
- Madame Isabelle TOUZANI, direction de la protection judiciaire de la jeunesse DPJJ, cheffe du pôle santé.
- Docteur Michel TRIANTAFYLLOU - Psychiatre d'Adultes - Président du SPEP- Membre de la commission nationale de psychiatrie
- Professeur Michel WALTER - Psychiatre d'Adultes– Chef de pôle, CHU Brest, UBO
- Madame Marielle WATHELET - Direction de la stratégie et des territoires de l'Agence régionale de santé des Hauts de France
- Madame Sandrine WILLIAUME - Directrice générale adjointe de l'Agence régionale de santé des Hauts de France

Annexe 8 : Lettre de mission



Le Ministre

Paris, le

Nos Réf. : D-25-018327

Le Ministre chargé de la santé et de l'accès aux soins

A

Professeur Marie-Odile KREBS
Docteur Rachel BOCHER
Mme Angèle MALATRE-LANSAC

Objet : Lettre de mission sur le repérage et l'intervention précoce en santé mentale

Dans le cadre de la Grande cause nationale santé mentale, j'ai présenté le 11 juin dernier 26 mesures ayant vocation à constituer un plan de soutien de la psychiatrie. La santé mentale des enfants, des adolescents et des jeunes adultes y apparaît clairement comme l'une de mes priorités. Dans ce cadre, j'ai formulé l'objectif ambitieux mais nécessaire de structurer d'ici 2027 un modèle national de repérage des troubles psychiatriques et d'intervention précoce sur tout le territoire.

Comme vous le savez, la période de transition entre l'enfance et l'âge adulte est un moment charnière dans la construction de chacun, que ce soit dans le rapport aux autres, dans le rapport à la scolarisation, aux études, à l'entrée dans la vie active, etc. C'est aussi le moment où peuvent apparaître les premiers signes de la maladie psychiatrique. Or, détectées précocement et surtout prises en charge et accompagnées dès l'apparition des premiers signes, ces pathologies n'évoluent pas nécessairement vers des pathologies psychiatriques de l'adulte.

Aujourd'hui, des modèles de repérage et d'intervention précoce ont fait leurs preuves et des dispositifs sont déjà mis en place sur une partie du territoire.

Dans ce contexte, je souhaite vous confier une mission qui aura pour objectifs :

- De réaliser un état des lieux des dispositifs de repérage et d'intervention précoce et des organisations existantes sur le territoire, mettant en évidence les différents modèles mais également les enjeux de couverture territoriale ;
- D'établir des recommandations d'actions concrètes relatives aux modalités de :
 - o repérage des adolescents et des jeunes adultes présentant de premiers troubles psychiatriques, avec un enjeu de coordination d'acteurs multiples (le milieu scolaire ou universitaire, la prévention, les soins primaires, le 3114, les MDA ou les dispositifs « jeunesse » ou encore les services spécialisés...)
 - o d'orientation des adolescents et des jeunes adultes repérés comme à risque ;
 - o de prise en charge (structuration nationale de l'offre, modalités de prise en charge, procédures, bonnes pratiques, coordination ...).

Professeur Marie-Odile KREBS
Docteur Rachel BOCHER
Mme Angèle MALATRE-LANSAC

Tel : 01 40 56 60 00
14 avenue Duquesne - 75350 PARIS 07 SP

Le traitement de vos données est nécessaire à la gestion de votre demande et entre dans le cadre des missions confiées aux ministères sociaux.
Conformément au règlement général sur la protection des données (RGPD), vous pouvez exercer vos droits à l'adresse ddc-rgpd-cab@ddc.social.gouv.fr ou par voie postale.
Pour en savoir plus : <https://solidarites-sante.gouv.fr/ministere/article/donnees-personnelles-et-cookies>

Une attention particulière devra être portée à l'articulation avec les travaux actuellement menés par la Haute Autorité de Santé, afin d'assurer une cohérence et une complémentarité des démarches.

Je souhaite que vous meniez ces travaux dans un cadre de concertation large, en associant l'ensemble des acteurs concernés par les différentes thématiques citées. Pour cela, vous pourrez compter sur l'appui des services de la DGOS compétents sur le sujet.

Les conclusions du rapport issu de ces travaux devront m'être remises d'ici décembre 2025.

Je vous prie d'agréer, Mesdames, l'expression de ma considération distinguée.

Yannick NEUDER

