



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

PROGRAMME

Programme pluriannuel – Psychiatrie et santé mentale 2018-2023

Validé par le Collège le 13 juin 2018

Mis à jour en oct. 2020

Sommaire

Préambule	5
Contexte et démarche de la HAS	6
Travaux inscrits au programme pluriannuel « psychiatrie et santé mentale » 2018-2023	9
Thème 1. Droits des patients et sécurité en psychiatrie	11
1. Améliorer la prise en charge des patients en programmes de soins psychiatriques sans consentement	11
2. Utiliser à bon escient les psychotropes, en service de psychiatrie adulte, lors des moments critiques des pathologies psychiatriques pouvant être à l'origine de violences	12
3. Échange et partage d'informations en psychiatrie	13
Thème 2. Troubles mentaux sévères et persistants et handicap psychique	14
1. Handicap psychique : prévenir les situations de non-recours aux soins et aux accompagnements ainsi que les risques de rupture dans le parcours de soins et de vie	14
2. Évaluation cognitive et soins de réhabilitation psychosociale	14
3. Respect de l'intimité et prise en compte de la vie sexuelle et affective dans l'accompagnement des personnes vulnérables en établissements et services sociaux et médico-sociaux (ESSMS)	15
Thème 3. Pédopsychiatrie	17
1. Mieux prévenir, diagnostiquer et prendre en charge les troubles psychiques périnataux	17
2. Améliorer la coordination entre services de protection de l'enfance et services de pédopsychiatrie	19
3. Améliorer la continuité de la prise en charge entre services de pédopsychiatrie et services de psychiatrie adulte	21
4. Améliorer la prévention et la prise en charge des moments de violence dans l'évolution clinique des enfants et des adolescents lors des hospitalisations en service de psychiatrie infanto-juvénile	21
5. Améliorer la prévention, l'évaluation et la prise en charge des tentatives de suicide et du risque suicidaire chez l'enfant et l'adolescent	22
Thème 4. Psychiatrie, santé mentale et addictions	23
1. Mieux diagnostiquer et prendre en charge les comorbidités psychiatriques et addictives	23
2. Prévenir les addictions et réduire les risques et les dommages liés aux conduites addictives en établissements et services sociaux et médico-sociaux (ESSMS)	24
3. Mieux prescrire les opioïdes antalgiques – prévenir et prendre en charge les mésusages et les surdoses	24
4. Suivi des personnes présentant une consommation au-delà des nouveaux repères de consommation d'alcool à moindre risque	25
Thème 5. Autres thèmes	27
1. Réponses rapides dans le cadre de la Covid-19	27

2. Annonce du diagnostic en psychiatrie	27
3. Améliorer la prise en charge des comorbidités psychiatriques associées à l'épilepsie	28
4. Mieux évaluer et prendre en charge les syndromes psychotraumatiques chez l'enfant et chez l'adulte	29
5. Précarité, psychiatrie et santé mentale	30
6. Diagnostic et traitement du trouble du déficit de l'attention avec hyperactivité (TDAH) pour les enfants, les adolescents et les adultes par un médecin spécialiste	30
Missions transversales de la HAS	32
1. Développer de nouveaux indicateurs de qualité et de sécurité des soins (IQSS) en psychiatrie et santé mentale	32
2. Certification des établissements de santé pour la qualité des soins – champ de la psychiatrie et de la santé mentale	34
3. Pertinence des soins dans le champ de la psychiatrie et de la santé mentale	35
4. E-santé mentale	36
5. Médicaments : avis et fiches de bon usage	36
6. Évaluation des établissements et services sociaux et médico-sociaux (ESSMS)	37
Table des annexes	38

Préambule

Ce programme s'inscrit dans la continuité du programme « psychiatrie et santé mentale » 2013-2017¹ et a été élaboré pour :

- **répondre aux besoins et préoccupations des différents acteurs concernés**, usagers, professionnels et institutionnels ;
- assurer **complémentarité et cohérence** des travaux menés au sein de la HAS.

Il s'agit d'un **programme de travail pluriannuel évolutif**. Les grandes orientations et les travaux qui y sont inscrits pourront être modifiés en tenant compte :

- des nouvelles saisines institutionnelles ;
- des futurs échanges avec les membres du comité de suivi « psychiatrie et santé mentale » de la HAS ;
- des résultats des études de cadrage et de faisabilité qui seront conduites pour les différents travaux envisagés.

Ces orientations prennent en compte les priorités établies par le ministère des Solidarités et de la Santé et les orientations de la stratégie nationale de santé 2018-2022².

¹ Haute Autorité de santé. Le programme « psychiatrie et santé mentale » de la HAS. Saint-Denis La Plaine : HAS ; 2013.
www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1721760/fr/programme-psychiatrie-et-sante-mentale-de-la-has

² Ministère des Solidarités et de la Santé. Stratégie nationale de santé 2018-2022. Paris ; 2017.

Contexte et démarche de la HAS

Selon l'Organisation mondiale de la santé (OMS), une personne sur quatre sera touchée à un moment de sa vie par un trouble psychique, les troubles psychiques comptant parmi les causes principales de morbidité et de mortalité^{3, 4}. Ces troubles et la souffrance qu'ils engendrent ont des répercussions sur la vie personnelle et sociale des personnes concernées ainsi que sur leur entourage⁴. Ils ont par ailleurs des conséquences économiques importantes, les dépenses d'assurance maladie du régime général liées à la prise en charge des personnes souffrant de troubles psychiques ayant représenté 15 % des dépenses d'assurance maladie du régime général en France en 2015⁵.

Au regard de ces enjeux, **la HAS s'est engagée, en 2013, dans l'élaboration d'un programme de travail pluriannuel dans le champ de la psychiatrie et de la santé mentale**. Les exigences autour de la construction de ce programme étaient :

- qu'il garantisse une **complémentarité et une cohérence** des travaux conduits ;
- qu'il repose sur une **logique de coconstruction avec les acteurs de terrain** afin de répondre à leurs préoccupations ;
- qu'il permette la production de documents utiles aux patients et aux professionnels, notamment *via* une réflexion sur une méthode de **diffusion et d'appropriation optimale des productions**.

Le programme « psychiatrie et santé mentale » de la HAS est présidé par le Dr Yvan Halimi⁶, qui en assure la coordination avec une équipe du service évaluation de la pertinence des soins et amélioration des pratiques et des parcours (SA3P) (un chef de projet [Amélie Prigent] et une assistante [Marie-Catherine John]), au sein de la direction de l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins (Daqss).

Dans ce cadre, des rencontres régulières sont organisées avec les équipes mobilisées sur un travail spécifique du programme « psychiatrie et santé mentale » dans les différents services de la HAS (élaboration d'une recommandation de bonne pratique, développement d'indicateurs de qualité et de sécurité des soins par exemple). Il s'agit d'assurer la cohérence des productions, de mutualiser les expertises et les réflexions en interne, d'échanger sur les difficultés rencontrées et de suivre les travaux.

³ Organisation mondiale de la santé. Rapport sur la santé dans le monde, 2001 – La santé mentale : nouvelle conception, nouveaux espoirs. OMS ; 2001.

⁴ Organisation mondiale de la santé. Rapport de la Conférence ministérielle européenne de l'OMS. Santé mentale : relever les défis, trouver des solutions. Copenhague, Danemark : OMS, bureau régional de l'Europe ; 2005.

⁵ Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés. Améliorer la qualité du système de santé et maîtriser les dépenses. Propositions de l'Assurance maladie pour 2018. Rapport au ministre chargé de la Sécurité sociale et au Parlement sur l'évolution des charges et des produits de l'Assurance maladie au titre de 2018 (loi du 13 août 2004). Paris : CNAMTS ; 2017.

⁶ Ancien chef de pôle de psychiatrie au centre hospitalier de La Roche-sur-Yon, coordonnateur du réseau départemental de périnatalité et santé mentale, enseignant de psychiatrie à l'université de médecine et à l'université de lettres et sciences humaines de Nantes, ancien coprésident (2017 à 2019) du comité de pilotage national sur la psychiatrie, aux côtés du Directeur général de l'offre de soins, ancien président (2003 à 2012) de la Conférence nationale des présidents de commissions médicales d'établissements de centres hospitaliers spécialisés (CME de CHS).

Réalisation de nombreuses missions à la demande du ministère des Solidarités et de la Santé et des ARS, notamment :

- coordination de la mission ministérielle coopération France-Chine en psychiatrie et santé mentale ;
- mission interministérielle : office opérationnel de suivi des délinquants sexuels et violents (2011) ;
- mission sur l'organisation de la psychiatrie à Paris (2006) ;
- mission auprès du centre hospitalier spécialisé des Pyrénées à Pau après le drame qui a touché cet établissement (2005).

Corédacteur, avec Madame Claude Finkelstein, présidente de la Fédération nationale des associations d'usagers en psychiatrie (FNAPSY), de la charte de l'usager en santé mentale, signée le 8 décembre 2000 avec Madame Dominique Gillot, secrétaire d'État à la Santé et aux Handicapés.

Afin d'organiser les relations avec les parties prenantes externes dans le champ de la psychiatrie et de la santé mentale, la HAS a également mis en place un **comité de suivi** « psychiatrie et santé mentale » ayant notamment pour missions de :

- donner un avis sur le programme « psychiatrie et santé mentale » de la HAS, sur la méthode de travail et sur les productions réalisées ;
- suivre l'avancement des travaux ;
- organiser des retours de terrain et aider à définir une stratégie globale pour la diffusion et l'appropriation des productions.

Il est composé de représentants :

- des professionnels concernés (Collège de la médecine générale [CMG], Collège national pour la qualité des soins en psychiatrie [CNQSP], Conférences des présidents de commissions médicales d'établissements, Fédération française de psychiatrie [FFP], représentants des infirmiers, des psychologues, des responsables qualité, des directeurs, etc.) ;
- d'institutionnels (Agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé et médico-sociaux [Anap], Caisse nationale de l'assurance maladie [Cnam], Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie [CNSA], direction générale de la Cohésion sociale [DGCS], direction générale de l'Offre de soins [DGOS], direction générale de la Santé [DGS], direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques [Drees], secrétariat général du ministère de la Santé) ;
- de fédérations (Fédération des établissements hospitaliers et d'aide à la personne [FEHAP], Fédération hospitalière de France [FHF], Fédération de l'hospitalisation privée [FHP]), d'usagers (Fédération nationale des associations d'usagers en psychiatrie [FNAPSY], Union nationale de familles et amis de personnes malades et/ou handicapées psychiques [Unafam]) et du Contrôleur général des lieux de privation de liberté (CGLPL).

Des « personnalités qualifiées » peuvent également être associées aux travaux du comité de suivi en fonction de son ordre du jour.

Le premier programme pluriannuel « psychiatrie et santé mentale » de la HAS a couvert la période 2013-2017. Trois thématiques y étaient abordées, les productions issues de ce programme sont listées en **annexe**⁷. Le bilan du programme a été dressé *via* une consultation des membres du comité de suivi et a donné lieu à des retours positifs sur la démarche et les modalités de travail mobilisées. En revanche, des perspectives d'amélioration ont été identifiées sur les questions de diffusion et d'appropriation des productions par les acteurs de terrain, perspectives sur lesquelles il est nécessaire de mettre l'accent par l'élaboration de stratégies prenant en compte cet enjeu majeur.

La HAS a élaboré un **second programme pluriannuel, couvrant la période 2018-2023**. Il a été construit sur la base de saisines institutionnelles, d'une consultation des membres du comité de suivi « psychiatrie et santé mentale » de la HAS, auxquels une version préliminaire du programme a été présentée lors de la réunion annuelle qui s'est tenue le 6 décembre 2017, ainsi que d'une enquête conduite par Ascodocpsy auprès d'établissements adhérents de son réseau.

Ce second programme s'inscrit dans la continuité des travaux menés depuis 2013 mais aborde également de **nouvelles thématiques**, telles que la question de la **prise en charge des enfants et des adolescents** souffrant de troubles psychiques, sujet important qui remonte du terrain depuis plusieurs années. Il est aussi l'occasion d'une **approche transversale** des différentes thématiques traitées

⁷ Cette annexe inclut également la liste des productions de l'Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux (ANESM) en lien avec le champ de la psychiatrie et de la santé mentale publiées sur la période 2013-2017.

jusqu'ici par la HAS, notamment *via* une réflexion sur les indicateurs de qualité et de sécurité des soins en psychiatrie et santé mentale.

Il a vocation à être évolutif et prend en compte l'intégration par la HAS des missions de l'Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux (ANESM), actée par le projet de loi de financement de la sécurité sociale (PLFSS) 2018. Cela constitue en effet une grande opportunité pour le programme « psychiatrie et santé mentale » de la HAS dans la mesure où elle permet une mutualisation des savoirs de l'ANESM et de la HAS, dans le cadre d'un travail conjoint autour de thèmes communs, et contribue à un **décloisonnement structurel et culturel entre les secteurs sanitaire et médico-social**, particulièrement pertinent dans le champ de la psychiatrie et de la santé mentale⁸.

⁸ À la suite de l'intégration des missions de l'ANESM, une nouvelle organisation a été mise en place à la HAS. Elle s'appuie sur une commission réglementée de l'évaluation et de l'amélioration de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux (CSMS) et sur un comité de concertation rassemblant les parties prenantes des champs social et médico-social. La CSMS définit les orientations et valide les travaux de la nouvelle direction de la qualité de l'accompagnement social et médico-social (Diqasm), chargée d'élaborer des recommandations de bonnes pratiques relatives à l'inclusion sociale, la protection de l'enfance, l'accompagnement des personnes handicapées et l'accompagnement des personnes âgées. La Diqasm fixe également le cadre d'évaluation des établissements et services sociaux et médico-sociaux.

Travaux inscrits au programme pluriannuel « psychiatrie et santé mentale » 2018-2023

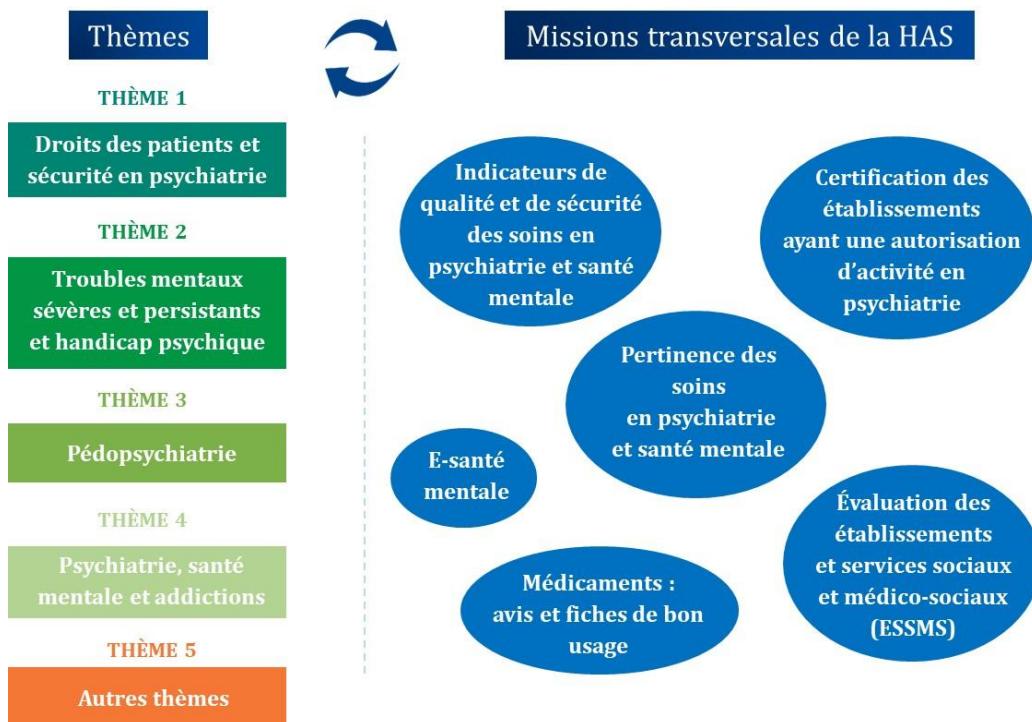
Les travaux sont organisés autour de quatre thèmes principaux auxquels s'ajoutent des travaux conduits dans le cadre des missions transversales de la HAS.

Ces travaux, décrits ci-après, sont au nombre de 29 au total, complétés d'axes de travail plus vastes, notamment dans le champ des missions transversales de la HAS (pertinence des soins dans le champ de la psychiatrie et de la santé mentale, outils de e-santé mentale et avis et fiches de bon usage du médicament).

Six travaux⁹ et un axe de travail plus vaste (référentiels de pertinence des soins dans le champ de la psychiatrie et de la santé mentale) relèvent d'auto-saisines, de même que l'ensemble des travaux envisagés dans le champ de la pédopsychiatrie.

Certains des travaux présentés font déjà l'objet d'une **inscription au programme de travail de la HAS**, défini chaque année et mis à jour chaque trimestre. Il est possible de s'y référer pour connaître les échéanciers actualisés des travaux du programme pluriannuel « psychiatrie et santé mentale »¹⁰. D'autres travaux constituent des perspectives de travail à échéance plus lointaine et nécessitent des études préalables de cadrage et de faisabilité.

Thèmes et missions transversales de la HAS



* Sujets inscrits au programme de travail annuel de la HAS.

** Perspectives de travail plus lointaines et nécessitant des études préalables de cadrage et de faisabilité.

⁹ Prise en charge pharmacologique, en service de psychiatrie adulte, des moments critiques des pathologies psychiatriques pouvant être à l'origine de violences ; échange et partage d'informations en psychiatrie ; annonce du diagnostic en psychiatrie ; indicateurs de qualité et de sécurité des soins en psychiatrie et santé mentale (indicateurs de pratiques cliniques) ; réponses rapides dans le cadre de la Covid-19 « [Prise en charge ambulatoire des patients souffrant de troubles psychiques dans la période de post-confinement](#) » et « [Souffrance des professionnels du monde de la santé : prévenir, repérer, orienter](#) ».

¹⁰ Haute Autorité de santé. [Programme de travail de la HAS – juillet 2020](#). Saint-Denis La Plaine : HAS ; 2020.

Travaux envisagés dans chaque thème

Thème 1 : Droits des patients et sécurité en psychiatrie

- Programmes de soins psychiatriques sans consentement*
- Prise en charge pharmacologique, en service de psychiatrie adulte, des moments critiques des pathologies psychiatriques pouvant être à l'origine de violences*
- Échange et partage d'informations en psychiatrie**

Thème 2 : Troubles mentaux sévères et persistants & handicap psychique

- Handicap psychique : prévention des situations de non-recours aux soins et aux accompagnements ainsi que des risques de rupture dans le parcours de soins et de vie**
- Évaluation cognitive et soins de réhabilitation psychosociale**
 - Interventions et techniques visant les fonctions cognitives des personnes ayant un trouble psychique
 - Autodétermination et pratiques de mise en situation
- Intimité, vie sexuelle et affective : adaptation des pratiques des professionnels dans les ESSMS*

* Sujets inscrits au programme de travail annuel de la HAS.

** Perspectives de travail plus lointaines et nécessitant des études préalables de cadrage et de faisabilité.

Thème 3 : Pédopsychiatrie

- Prévention, diagnostic et prise en charge des troubles psychiques périnataux*
- Coordination entre services de protection de l'enfance et services de pédopsychiatrie*
- Continuité de la prise en charge entre services de pédopsychiatrie et services de psychiatrie adulte**
- Prévention et prise en charge des moments de violence lors des hospitalisations en service de psychiatrie infanto-juvénile**
- Tentatives de suicide et risque suicidaire : prévention, évaluation, prise en charge*

Thème 4 : Psychiatrie, santé mentale et addictions

- Diagnostic et prise en charge des comorbidités psychiatriques et addictives**
- Prévention des addictions et réduction des risques et des dommages liés aux conduites addictives en ESSMS*
- Bon usage des opioïdes antalgiques – Prévention et prise en charge du mésusage et des surdoses d'opioïdes*
- Suivi des personnes présentant une consommation au-delà des nouveaux repères de consommation d'alcool à moindre risque**

Thème 5 : Autres thèmes

- Réponses rapides dans le cadre de la Covid-19
- Annonce du diagnostic en psychiatrie**
- Travail portant sur l'épilepsie qui traite également de la prise en charge des comorbidités psychiatriques*
- Évaluation et prise en charge des syndromes psychotraumatiques - enfants et adultes*
- Précarité, psychiatrie et santé mentale**
- Diagnostic et traitement du trouble du déficit de l'attention avec hyperactivité (TDAH) pour les enfants, les adolescents et les adultes par un médecin spécialiste*

Thème 1. Droits des patients et sécurité en psychiatrie

Les travaux en cours et à venir sur ce thème s'inscrivent dans la continuité des travaux conduits dans le cadre du précédent programme « psychiatrie et santé mentale » de la HAS. Ils ont notamment donné lieu à la production :

- d'un guide, de programmes et d'outils¹¹ « Mieux prévenir et prendre en charge les moments de violence dans l'évolution clinique des patients adultes lors des hospitalisations en service de psychiatrie » ;
- et d'une recommandation¹² de bonne pratique « Isolement et contention en psychiatrie générale ».

Ils sont également en lien avec les recommandations de bonnes pratiques professionnelles sur la prévention et les réponses aux « comportements-problèmes » à destination des enfants et adultes accueillis dans les établissements et services pour personnes handicapées produites par l'ANESM¹³.

1. Améliorer la prise en charge des patients en programmes de soins psychiatriques sans consentement

Le dispositif de soins sans consentement issu de la loi du 5 juillet 2011 introduit la possibilité de soins sans consentement dispensés au patient sous une autre forme que l'hospitalisation complète, notamment dans le cadre de programmes de soins psychiatriques sans consentement.

Il a été estimé que 40 % des personnes ayant reçu des soins sans consentement en France en 2015 ont été prises en charge en ambulatoire ou à temps partiel dans le cadre de programmes de soins, qui sont davantage mobilisés pour des soins sans consentement sur décision du représentant de l'État (53 % des patients) que pour des soins sans consentement à la demande d'un tiers (40 %)¹⁴.

Une enquête conduite en Île-de-France a mis en évidence que la quasi-totalité des secteurs de psychiatrie franciliens avait recours aux programmes de soins (94 %) avec toutefois une hétérogénéité importante entre secteurs concernant l'intensité de ce recours (moins de cinq recours annuels pour un tiers des secteurs et plus de 15 recours annuels pour un autre tiers)¹⁵.

Cette hétérogénéité serait liée non pas à des facteurs organisationnels (équipement, localisation, rattachement à un centre hospitalier spécialisé ou à un établissement MCO) mais au niveau de « familiarité » déclarée avec les programmes de soins au sein des secteurs de psychiatrie¹⁵. Par ailleurs, des difficultés dans la mise en œuvre des programmes de soins sont rapportées, notamment sur les questions d'obligation de soins à l'extérieur de l'hôpital, de stratégie thérapeutique à initier lorsque le programme de soins est mis en échec ou lorsque le patient ne le respecte pas¹⁶.

La direction générale de la Santé (DGS) a saisi la HAS pour la réalisation d'un travail sur les programmes de soins psychiatriques sans consentement qui permettrait aux professionnels de se référer

¹¹ Haute Autorité de santé. [Mieux prévenir et prendre en charge les moments de violence dans l'évolution clinique des patients adultes lors des hospitalisations en service de psychiatrie](#). Saint-Denis La Plaine : HAS ; 2016.

¹² Haute Autorité de santé. [Recommandation de bonne pratique « Isolement et contention en psychiatrie générale »](#). Saint-Denis La Plaine : HAS ; 2017.

¹³ Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux. [Recommandations sur la prévention et les réponses aux « comportements-problèmes » à destination des enfants et adultes accueillis dans les établissements et services pour personnes handicapées](#). Saint-Denis La Plaine : ANESM ; 2016.

¹⁴ Coldefy M., Fernandes S. Les soins sans consentement en psychiatrie : bilan après quatre années de mise en œuvre de la loi du 5 juillet 2011. *Questions d'économie de la santé* 2017 ; 222 : 1-8.

¹⁵ Vidon G., Hardy-Baylé M.-C., Younès N. Quelle place pour les soins sans consentement en ambulatoire ? À propos de l'enquête IDF sur les programmes de soins. *L'Information psychiatrique* 2015 ; 7 (91) : 602-607.

¹⁶ Guibet-Lafaye C. Au cœur du débat sur les soins sans consentement en ambulatoire. *L'Information psychiatrique* 2014 ; 7 (90) : 575-582.

à de bonnes pratiques pour la mise en place d'un tel programme et qui définirait ses modalités de mise en œuvre.

Le cadrage du projet intègre notamment une réflexion sur la coordination entre l'équipe de psychiatrie et les différents acteurs ambulatoires impliqués dans la prise en charge du patient, en particulier le médecin traitant, ainsi qu'avec les professionnels des secteurs médico-social et social.

Ce sujet est inscrit au programme de travail de la HAS.

Intitulé	Demandeur(s) ou copromoteur(s)	Livrable	Date de début	Date de fin	Service pilote
Programmes de soins psychiatriques sans consentement	Ministère des Solidarités et de la Santé (DGS)	Programme d'amélioration en qualité et sécurité des soins	T2 2019	T4 2020	Service évaluation de la pertinence des soins et amélioration des pratiques et des parcours (SA3P)

2. Utiliser à bon escient les psychotropes, en service de psychiatrie adulte, lors des moments critiques des pathologies psychiatriques pouvant être à l'origine de violences

Ce travail s'inscrit dans la continuité directe du travail effectué sur la prévention et la prise en charge des moments de violence dans l'évolution clinique des patients adultes lors des hospitalisations en service de psychiatrie¹⁷. Une utilisation à bon escient des psychotropes a en effet été identifiée comme faisant partie des réponses pouvant être apportées en prévention secondaire dans le cadre de situations de tension et de risque de violence. Toutefois, les recommandations internationales récentes, faisant référence concernant le choix des molécules les plus adaptées, ne sont pas directement transposables au contexte français en raison notamment de différences en termes de pratiques thérapeutiques et de prise en compte des effets indésirables.

Ce sujet est inscrit au programme de travail de la HAS¹⁸.

Intitulé	Demandeur(s) ou copromoteur(s)	Livrable	Date de début	Date de fin	Service pilote
Prise en charge pharmacologique, en service de psychiatrie adulte, des moments critiques des pathologies psychiatriques pouvant être à l'origine de violences	Auto-saisine	Recommandation de bonne pratique	2020	T2 2021	Service bonnes pratiques professionnelles (SBPP)

¹⁷ Haute Autorité de santé. [Mieux prévenir et prendre en charge les moments de violence dans l'évolution clinique des patients adultes lors des hospitalisations en service de psychiatrie](#). Saint-Denis La Plaine : HAS ; 2016.

¹⁸ Haute Autorité de santé. [Prise en charge pharmacologique, en service de psychiatrie adulte, des moments critiques des pathologies psychiatriques pouvant être à l'origine de violences – Note de cadrage](#). Saint-Denis La Plaine : HAS ; 2020.

3. Échange et partage d'informations en psychiatrie

Un travail est envisagé autour du secret professionnel et de l'échange et du partage d'informations en psychiatrie et santé mentale.

Il pourrait être conduit en lien avec :

- la loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé qui définit les conditions d'échange et de partage d'informations entre professionnels de santé et autres professionnels des champs social et médico-social aux articles L. 1110-4 et R. 1110-1 à 3 du Code de la santé publique ;
- le décret n° 2016-994 du 20 juillet 2016 relatif aux conditions d'échange et de partage entre ces professionnels et à l'accès aux informations de santé à caractère personnel.

Cette perspective de travail plus lointaine nécessite des études préalables de cadrage et de faisabilité.

Thème 2. Troubles mentaux sévères et persistants et handicap psychique

Les travaux de ce thème sont majoritairement issus du programme de travail de l'ANESM et seront conduits par la direction de la qualité de l'accompagnement social et médico-social (Diqasm), créée à la suite de l'intégration des missions de l'ANESM par la HAS. Une attention particulière sera portée à la coordination entre les secteurs sanitaire, médico-social et social lors des travaux de cadrage.

1. Handicap psychique : prévenir les situations de non-recours aux soins et aux accompagnements ainsi que les risques de rupture dans le parcours de soins et de vie

En 2015, l'ANESM a publié des recommandations de bonnes pratiques¹⁹ relatives aux « spécificités de l'accompagnement des adultes handicapés psychiques ». En complément de ces recommandations, la HAS entreprendra des travaux relatifs aux personnes en situation de non-recours aux soins et aux accompagnements et en risque de rupture dans le parcours de soins et de vie.

Ce travail s'inscrit dans le cadre de l'objectif national visant à développer une offre sociale et médico-sociale adaptée à l'accompagnement de personnes présentant des troubles psychiques sévères et persistants pouvant entraîner une situation de handicap, une situation de non-recours aux soins et aux accompagnements et un risque de rupture dans le parcours de soins et de vie.

Il s'agira, dans une visée préventive du risque de rupture de parcours pour la personne, d'identifier les modalités d'interventions, les évaluations et la coordination à mettre en place, notamment lorsque la personne est en situation ou en voie de précarisation, en situation récurrente d'inadaptation à l'emploi, ou en difficulté d'accès et maintien dans le logement :

- d'une part, à partir de l'identification des difficultés de la personne par les établissements et services sociaux et médico-sociaux (ESSMS) ;
- d'autre part, dès la survenue des premiers signes de rupture identifiés par les ESSMS.

Cette perspective de travail plus lointaine nécessite des études préalables de cadrage et de faisabilité.

2. Évaluation cognitive et soins de réhabilitation psychosociale

2.1. Interventions et techniques visant les fonctions cognitives des personnes ayant un trouble psychique

Des recommandations de bonnes pratiques relatives aux interventions et aux techniques visant les fonctions cognitives (mémoire, attention, fonction exécutive, cognition sociale ou métacognition) des personnes avec des troubles psychiques seront produites afin de permettre aux professionnels des champs sanitaire, social et médico-social de :

- renforcer leurs connaissances et compétences en matière d'accompagnement ;
- améliorer leurs pratiques pour la mise en œuvre du parcours global coordonné des personnes ayant des troubles psychiques, dans une perspective de décroisement et de culture commune.

¹⁹ Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux. [Recommandations relatives aux « spécificités de l'accompagnement des adultes handicapés psychiques »](#). Saint-Denis La Plaine : ANESM ; 2015.

2.2. Autodétermination et pratiques de mise en situation

L'inclusion sociale des personnes en situation de handicap est à favoriser par le biais de mises en situation concrètes, selon des modalités et des pratiques professionnelles validées.

Explicitement formulée depuis la loi de 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale, la recherche de l'autodétermination de la personne en situation de handicap suppose une évolution profonde des pratiques professionnelles, au-delà de la perception sociétale du handicap. Les mises en situation concrètes sont un outil pertinent pour favoriser l'inclusion sociale.

La recommandation de bonnes pratiques décrira les pratiques professionnelles orientées autour du concept d'approche positive mettant l'accent sur les forces de la personne et les conditions de vie favorables à sa réussite et son succès. Pour favoriser les mises en situation, des cas concrets illustreront les concepts et les méthodes qui constituent le socle du principe d'autodétermination : consolidation des capacités d'agir de la personne en situation de handicap (incluant le handicap psychique), notamment le travail sur l'estime de soi.

Ces perspectives de travail plus lointaines nécessitent des études préalables de cadrage et de faisabilité.

3. Respect de l'intimité et prise en compte de la vie sexuelle et affective dans l'accompagnement des personnes vulnérables en établissements et services sociaux et médico-sociaux (ESSMS)

Le principe retenu pour ce travail, faisant suite à une saisine d'APF France handicap et de la direction générale de la Santé (DGS), est d'élaborer dans un premier temps une recommandation « socle commun » proposant des repères et des outils pour l'ensemble des secteurs social et médico-social (personnes en situation de handicap, incluant le handicap psychique, personnes âgées, protection de l'enfance et inclusion sociale).

Cette recommandation transversale pourrait ensuite être complétée de fiches spécifiques à certains publics ou secteurs d'intervention, une attention devant notamment être portée à la situation des mineurs.

Le cadrage de cette future recommandation sera ainsi réalisé dans l'optique de définir ce qui pourra relever d'une approche transversale et ce qui nécessitera une déclinaison par type de public ou secteur d'intervention.

Les thèmes suivants pourraient notamment être abordés :

- prise en compte des attentes de la personne en termes de vie affective et sexuelle dans son projet personnalisé d'accompagnement ;
- prise en compte de l'intimité des résidents et de leur vie affective et sexuelle dans le projet d'établissement ;
- connaissance de ses droits par la personne accompagnée en termes de vie affective et sexuelle ;
- éducation sexuelle (connaissance de son corps et du système reproductif, de la contraception, de la notion de désir et de plaisir, de la dimension affective de la sexualité) ;
- consentement ;
- prévention et traitement des violences sexuelles ;
- prévention des risques d'infections sexuellement transmissibles et de grossesse ;
- association des représentants légaux à cette réflexion ;

- responsabilité des professionnels ;
- formation des professionnels ;
- évolution des représentations des aidants professionnels et familiaux.

Ce sujet est inscrit au programme de travail de la HAS.

Intitulé	Demandeur(s) ou copromoteur(s)	Livrable	Date de début	Date de fin	Service pilote
Intimité, vie sexuelle et affective : adaptation des pratiques des professionnels dans les ESSMS	APF France handicap, ministère des Solidarités et de la Santé (DGS)		T3 2020	T2 2021	Service recommandations (SR), Diqasm

Thème 3. Pédopsychiatrie

De nombreux rapports ont documenté les difficultés auxquelles est confrontée la pédopsychiatrie en France (délais d'attente importants, hétérogénéité de l'offre de soins, etc.) et ont mis l'accent sur la nécessité d'améliorer la prise en charge des enfants et adolescents souffrant de troubles psychiques, mais également de mieux prévenir la survenue de ces troubles, notamment, récemment :

- le **plan d'action en faveur du bien-être et de la santé des jeunes** (novembre 2016)²⁰, rédigé à la demande du président de la République, est centré sur la prévention et la détection précoce des troubles psychiques et évoque également la nécessité de renforcer la psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent sur l'ensemble du territoire par le biais d'une solide dotation en ressources et *via* une meilleure articulation de la pédopsychiatrie avec la psychiatrie adulte ;
- le **rapport sénatorial sur la situation de la psychiatrie des mineurs en France** (avril 2017)²¹ souligne quant à lui la nécessité de pouvoir proposer une offre de soins pédopsychiatriques adaptée à chaque âge tout en assurant la continuité de la prise en charge ;
- le **rapport de l'Inspection générale des affaires sociales (IGAS) sur l'organisation et le fonctionnement du dispositif de soins psychiatriques, 60 ans après la circulaire du 15 mars 1960** (novembre 2017)²² met en exergue le caractère prioritaire de la pédopsychiatrie et la nécessité de soutenir des avancées dans ce domaine. Il préconise que la pédopsychiatrie bénéficie d'un plan national spécifique traitant notamment de la transition entre les prises en charge en pédopsychiatrie et en psychiatrie générale.

La stratégie nationale de santé 2018-2022 spécifie par ailleurs que « la politique de santé de l'enfant doit faire l'objet d'une attention particulière compte tenu de ses effets de long terme sur le développement de l'enfant et sa réussite éducative, ainsi que sur les inégalités de santé²³ ».

Ainsi, en cohérence avec ces constats et prenant en compte les priorités définies par le ministère des Solidarités et de la Santé, la HAS a intégré le champ de la pédopsychiatrie à son programme pluriannuel « psychiatrie et santé mentale ».

Les travaux envisagés dans ce champ couvrent différentes étapes de la prise en charge, allant de la période périnatale à l'âge adulte. Plusieurs travaux ont été identifiés comme prioritaires et seront abordés dans le cadre du programme pluriannuel 2018-2023. Les travaux présentés à ce stade sont brièvement contextualisés ci-après.

1. Mieux prévenir, diagnostiquer et prendre en charge les troubles psychiques périnataux

La période périnatale, couvrant la période périconceptionnelle, la grossesse et l'année suivant la naissance, est identifiée comme à risque de voir se développer des troubles psychiques pour les mères, qu'il s'agisse d'une décompensation d'une pathologie antérieure ou de la survenue d'une pathologie en lien avec la puerpéralité. Une étude réalisée au Royaume-Uni a estimé qu'environ 20 % des femmes développaient des troubles psychiques au cours de la période périnatale²⁴. En France, environ 12,5 % des femmes enceintes ont déclaré une détresse psychologique anténatale dans le cadre de

²⁰ Plan d'action interministériel en faveur du bien-être et de la santé des jeunes. 2016.

²¹ Milon A., Amiel M. Rapport d'information fait au nom de la mission d'information sur la situation de la psychiatrie des mineurs en France. Sénat : Paris ; 2017.

²² Lopez A., Turan-Pelletier G. Organisation et fonctionnement du dispositif de soins psychiatriques, 60 ans après la circulaire du 15 mars 1960. Paris : Inspection générale des affaires sociales (IGAS) ; 2017.

²³ Ministère des Solidarités et de la Santé. Stratégie nationale de santé 2018-2022. Paris ; 2017.

²⁴ Bauer A., Parsonage M., Knapp M., Lemmi V., Adelaja B. The cost of perinatal mental health problems. Center for Mental Health et London School of Economics; 2014.

l'étude longitudinale française depuis l'enfance (ELFE)²⁵. Ces troubles psychiques périnataux incluent notamment les troubles dépressifs, les troubles anxieux, les troubles psychiques sévères (bipolarité, schizophrénie, troubles graves de la personnalité, etc.), les addictions et mésusages de l'alcool et des autres substances psychoactives et les troubles de la relation précoce (parents-bébé).

Une part importante de ces troubles est cependant non diagnostiquée et non prise en charge, une étude française ayant notamment montré que seules 25 % des femmes rapportant une détresse psychologique déclaraient avoir bénéficié d'une consultation avec un professionnel spécialisé en psychiatrie et santé mentale et 11 % prendre un traitement psychotrope²⁵.

Les conséquences d'une absence de prise en charge ou d'une prise en charge non optimale peuvent être importantes pour les mères d'une part et être, d'autre part, à l'origine d'une perte de chance pour leur enfant sa vie durant et d'un risque psychosocial pour leur entourage²⁶.

Les suicides ont notamment représenté 20 % des morts maternelles sur la période 2007-2009 (en considérant les morts maternelles directes et les morts maternelles tardives, tel que recommandé par l'OMS) et se plaçaient ainsi en tête des causes de mortalité maternelle^{27, 28}.

Des difficultés potentielles dans l'instauration de la relation précoce entre la mère et l'enfant sont également susceptibles de retentir sur le développement de l'enfant en l'exposant à un surrisque d'être victime de carences, de négligences et de maltraitance²⁹.

D'un point de vue sociétal, une étude réalisée au Royaume-Uni³⁰ a mis en évidence que le coût associé aux conséquences des troubles psychiques périnataux pour les mères et leurs enfants (respectivement jusque 10 ans et 18 ans après la naissance) s'élevait à 8,1 milliards de livres par cohorte de naissances annuelle. Il incluait :

- les coûts liés aux prises en charge sanitaires et sociales ainsi que les autres prestations couvertes par le secteur public (21 % du coût total et 2 137 livres par naissance) ;
- les coûts associés à la diminution de la capacité à travailler (perte de productivité) et à la perte de qualité de vie (79 % du coût total).

Près des trois quarts de ces coûts étaient associés aux conséquences des troubles psychiques périnataux pour les enfants des mères en étant atteintes, illustrant ainsi l'ampleur des conséquences pour ces enfants et mettant en évidence des perspectives d'amélioration importantes.

Un dépistage des troubles psychiques en période périnatale ainsi qu'un accompagnement et une prise en charge des mères et des enfants concernés, incluant un accompagnement au rôle parental, et ce quel que soit le niveau de sévérité des troubles, apparaissent essentiels afin d'infléchir les conséquences à court, moyen et long terme pour les mères et leurs enfants. Des modalités de prise en charge et d'accompagnement spécifiques à la période périnatale se sont développées, en particulier les soins psychiques conjoints (parents-bébé), en France et à l'étranger, et impliquent différents acteurs des secteurs sanitaire mais aussi social et médico-social, dans le cadre d'une action

²⁵ Bales M., Pambrun E., Melchior M., et al. Prenatal psychological distress and access to mental health care in the ELFE cohort. *European Psychiatry* 2015 ; 30 : 322-328.

²⁶ National Institute for Health and Care Excellence. Antenatal and postnatal mental health: clinical management and service guidance. Clinical guideline. NICE ; 2014.

²⁷ Comité national d'experts sur la mortalité maternelle. Les morts maternelles en France : mieux comprendre pour mieux prévenir. Rapport du Cnem sur la mortalité maternelle 2007-2009. Inserm ; 2013.

²⁸ Organisation mondiale de la santé. The WHO application of ICD-10 codes to deaths during pregnancy, childbirth and the postpartum period. OMS ; 2012.

²⁹ Rousseau D., et al. « Devenir à long terme de très jeunes enfants placés à l'Aide sociale à l'enfance ». *Revue française des affaires sociales* 2016 ; 1(5) : 343-374.

³⁰ Bauer A., Parsonage M., Knapp M., Lemmi V., Adelaja B. The cost of perinatal mental health problems. Center for Mental Health et London School of Economics ; 2014.

coordonnée³¹. Les pratiques ont toutefois été décrites comme hétérogènes, des disparités régionales étant observées, et l'offre sanitaire et sociale était considérée comme ne permettant pas de répondre à l'ensemble des besoins³².

Une étude de faisabilité, s'appuyant notamment sur les travaux conduits au Royaume-Uni et en France, sera effectuée en vue de proposer des outils favorisant l'amélioration des pratiques professionnelles dans le dépistage, le diagnostic et la prise en charge périnatale des troubles psychiques ainsi qu'une meilleure articulation entre les différents acteurs impliqués. Ces outils intégreront notamment l'entretien prénatal précoce, évoqué dans les recommandations professionnelles³³ de la HAS « Préparation à la naissance et à la parentalité ».

En complément, une réflexion spécifique sur le **soutien à la parentalité des usagers en santé mentale** en période périnatale, mais également en amont dès le projet de grossesse et en aval, aux différents stades de développement de l'enfant, sera conduite dans le cadre de ce travail en vue d'améliorer l'accompagnement au rôle parental.

Ce sujet est inscrit au programme de travail de la HAS.

Intitulé	Demandeur(s) ou copromoteur(s)	Livrable	Date de début	Date de fin	Service pilote
Prévention, diagnostic et prise en charge des troubles psychiques périnataux	Auto-saisine	Recommandation de bonne pratique	T4 2019	T3 2021	Service bonnes pratiques professionnelles (SBPP)

2. Améliorer la coordination entre services de protection de l'enfance et services de pédopsychiatrie

La Convention internationale des droits de l'enfant (CIDE)³⁴ prévoit que « les États parties prennent toutes les mesures législatives, administratives, sociales et éducatives appropriées pour protéger l'enfant contre toute forme de violence, d'atteinte ou de brutalités physiques ou mentales, d'abandon ou de négligence, de mauvais traitements ou d'exploitation, y compris la violence sexuelle, pendant qu'il est sous la garde de ses parents ou de l'un d'eux, de son ou ses représentants légaux ou de toute autre personne à qui il est confié ». Il y est également reconnu « le droit de l'enfant de jouir du meilleur état de santé possible et de bénéficier de services médicaux et de rééducation [...] », les États parties s'efforçant notamment « d'assurer à tous les enfants l'assistance médicale et les soins de santé nécessaires, l'accent étant mis sur le développement des soins de santé primaire ».

En France, la loi n° 2016-297 du 14 mars 2016 relative à la protection de l'enfant impose que « la protection de l'enfance vise à garantir la prise en compte des besoins fondamentaux de l'enfant, à soutenir son développement physique, affectif, intellectuel et social et à préserver sa santé, sa sécurité, sa moralité et son éducation, dans le respect de ses droits ».

Au 31 décembre 2018, 306 800 mineurs et 21 400 jeunes majeurs de moins de 21 ans bénéficiaient d'au moins une prestation ou mesure relevant du dispositif de protection de l'enfance sur la France

³¹ Wendland J. Impact des troubles maternels borderline et psychotiques sur les relations mère-enfant : une revue de la littérature. Carnet de notes sur les maltraitances infantiles 2017 ; 1 (6) ; 5-27.

³² Brockington I., Butterworth R., Glangeaud-Freudenthal N. An international position on mother-infant (perinatal) mental health, with guidelines for clinical practice. Arch Womens Ment Health 2017 ; 20 : 113-120.

³³ Haute Autorité de santé. Préparation à la naissance et à la parentalité. Saint-Denis La Plaine : HAS ; 2005.

³⁴ Adoptée le 20 novembre 1989 et ratifiée par la France le 7 août 1990.

entière (hors Mayotte), représentant respectivement 21 ‰ des mineurs et 9,1 ‰ des 18-21 ans³⁵. Fin 2017, 52 % des mineurs et jeunes majeurs bénéficiant de ces prestations ou mesures étaient pris en charge par le biais de placements (famille d'accueil, placement auprès d'un tiers de confiance, foyers, etc.) en dehors du milieu de vie d'origine³⁶.

Ces enfants, adolescents et jeunes majeurs, qui peuvent avoir subi des maltraitances et/ou des négligences, présentent davantage de risques de souffrir de troubles psychiques (dépression caractérisée, troubles anxieux, troubles des conduites, addictions, tentatives de suicide, etc.) à court et long terme^{37, 38}. La prévalence de ces troubles a été estimée à 49 % *via* une méta-analyse et serait près de quatre fois plus élevée qu'en population générale³⁹.

Ainsi, au regard des risques de souffrance et de troubles psychiques encourus, une prévention, un repérage et, le cas échéant, une prise en charge thérapeutique précoce doivent être assurés par les services de protection maternelle et infantile (PMI), au sein des établissements et des services de l'aide sociale à l'enfance (ASE) et de la protection judiciaire de la jeunesse (PJJ), en complément de mesures de protection (administratives ou judiciaires) pour les enfants exposés à des maltraitances ou à des négligences.

Le récent rapport sénatorial, réalisé au nom de la mission d'information sur la situation de la psychiatrie des mineurs en France⁴⁰, souligne cependant l'insuffisance des liens entre les services de protection de l'enfance et la pédopsychiatrie, cette insuffisance étant identifiée comme « encore plus visible pour la prise en charge des enfants confiés à l'ASE, dont les travailleurs sociaux peuvent se sentir démunis pour le repérage et les réponses à apporter aux situations pouvant nécessiter une orientation vers le soin psychiatrique ». Dans ce contexte, la proposition n° 15 du rapport sénatorial est de « développer l'intervention des pédopsychiatres dans les services de protection de l'enfance ».

Au regard de cet objectif, il s'agira pour la HAS de travailler sur les modalités de liaison entre les services de protection de l'enfance et la pédopsychiatrie afin d'améliorer le repérage et la prise en charge des troubles psychiques des enfants concernés et ainsi de garantir un suivi précoce et d'assurer une continuité des soins.

Ce sujet est inscrit au programme de travail de la HAS.

Intitulé	Demandeur(s) ou copromoteur(s)	Livrable	Date de début	Date de fin	Services pilotes
Coordination entre services de protection de l'enfance et services de pédopsychiatrie	Auto-saisine		2020		Service évaluation de la pertinence des soins et amélioration des pratiques et des parcours (SA3P), service recommandations (SR), Diqasm

³⁵ Observatoire national de la protection de l'enfance. Chiffres clés en protection de l'enfance. ONPE : Paris ; 2020.

³⁶ Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques. L'aide et l'action sociales en France, perte d'autonomie, handicap, protection de l'enfance et insertion. Panoramas de la Drees. Drees : Paris ; 2019. <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/aas2019.pdf>.

³⁷ Tursz A. Les conséquences de la maltraitance dans l'enfance sur la santé mentale à l'âge adulte : approche épidémiologique de santé publique. *Revue française des affaires sociales* 2013 ; 1 : 32-50.

³⁸ Dumaret A.-C., Guerry E., Crost M. Placements dans l'enfance et devenir à l'âge adulte : insertion générale et qualité de vie liée à la santé. *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence* 2011 ; 59 (5) : 289-298.

³⁹ Bronsard G., Alessandrini M., Fond G., et al. The prevalence of mental disorders among children and adolescents in the child welfare system. A systematic review and meta-analysis. *Medicine* 2016 ; 95 (7).

⁴⁰ Milon A., Amiel M. Rapport d'information fait au nom de la mission d'information sur la situation de la psychiatrie des mineurs en France. Sénat : Paris ; 2017.

3. Améliorer la continuité de la prise en charge entre services de pédopsychiatrie et services de psychiatrie adulte

Pour un adolescent souffrant de troubles psychiques, le passage de la pédopsychiatrie à la psychiatrie adulte est une étape importante qui, si elle est insuffisamment préparée et coordonnée, peut conduire à un désengagement des soins, à une perte d'informations, voire à une rupture de soins⁴¹. Selon une enquête réalisée au centre hospitalier de Montpellier, 48 % des adolescents pour lesquels un relais des services de pédopsychiatrie aux services de psychiatrie adulte a été mis en place ont expérimenté une période de trois mois sans suivi entre les deux types de prise en charge⁴². Les chiffres sont similaires au Royaume-Uni, 50 % des adolescents atteignant l'âge de cette période de relais, aussi appelée période de transition, n'étant pas pris en charge par les services de psychiatrie adulte dans les suites de leur parcours⁴³.

Plusieurs barrières potentielles à une transition optimale peuvent être identifiées : manque d'évaluation des projets et des besoins des patients, échanges et partage d'informations insuffisants, différences entre les organisations des services de pédopsychiatrie et de psychiatrie adulte et méconnaissance réciproque de ces organisations, manque de protocoles partagés pour organiser la transition, niveau de maturité des adolescents, résistance des familles à la transition, etc.⁴³.

Dans ce contexte, il apparaît nécessaire de définir les critères permettant de garantir aux usagers une transition de qualité entre les services de pédopsychiatrie et les services de psychiatrie adulte afin de favoriser la continuité de la prise en charge. Cela implique notamment une coordination entre les services (échange d'informations, période de suivi conjoint, etc.) qui peut prendre différentes formes selon les modalités d'organisation, le contexte et les besoins des acteurs.

Plusieurs initiatives ont été conduites pour améliorer la transition entre services de pédopsychiatrie et services de psychiatrie adulte, dont le projet européen Milestone (« managing the link and strengthening transition from child to adult mental healthcare »).

Ce travail sera planifié ultérieurement pour tenir compte de la ressource disponible et de l'avancement des autres travaux.

4. Améliorer la prévention et la prise en charge des moments de violence dans l'évolution clinique des enfants et des adolescents lors des hospitalisations en service de psychiatrie infanto-juvénile

Dans le cadre de son programme « psychiatrie et santé mentale » 2013-2017, la HAS a produit un guide, des programmes et des outils visant à « mieux prévenir et prendre en charge les moments de violence dans l'évolution clinique des patients adultes lors des hospitalisations en service de psychiatrie⁴⁴ ». Ces productions avaient notamment pour objectif de contribuer à une évolution des pratiques qui permette de limiter le recours à l'isolement et à la contention, ceux-ci devant être mobilisés exclusivement en dernier recours.

⁴¹ Dhôte J., et al. La transition de la pédopsychiatrie à la psychiatrie adulte, état des lieux. Soins psychiatrie 2017 ; 312 : 12-15.

⁴² Schandrin A., et al. Relais entre pédopsychiatrie et psychiatrie d'adulte : évaluation et propositions. European psychiatry 2013 ; 285 : 56-69.

⁴³ Singh S., et al. Protocol for a cohort study of adolescent mental health service users with a nested cluster randomised controlled trial to assess the clinical and cost-effectiveness of managed transition in improving transitions from child to adult mental health services (the MILE-STONE study). BMJ Open 2017.

⁴⁴ Haute Autorité de santé. [Mieux prévenir et prendre en charge les moments de violence dans l'évolution clinique des patients adultes lors des hospitalisations en service de psychiatrie](#). Saint-Denis La Plaine : HAS ; 2016.

Ce travail concernait les adultes mais les problématiques soulevées s'appliquent également aux enfants et adolescents pris en charge en hospitalisation à temps plein en service de psychiatrie infanto-juvénile.

Dans son rapport⁴⁵ « Les droits fondamentaux des mineurs en établissement de santé mentale », le Contrôleur général des lieux de privation de liberté (CGLPL) fait état de pratiques d'isolement chez les mineurs et rapporte une absence de remise en cause de l'utilité d'une chambre d'isolement par les soignants, qui, pour certains, considèrent la mise à l'isolement comme une réponse « à la violence du patient, contre lui-même ou contre autrui, au risque de fugue ou à la nécessité de rassurer un patient submergé par une angoisse majeure (hypothèses non directement prévues par la loi) ».

Le rapport du CGLPL précise par ailleurs que « rares sont les équipes [de psychiatrie infanto-juvénile] réellement formées à des techniques dites de “désescalade” permettant de repérer la montée de la violence, de la prévenir ou de la dériver » et recommande qu'une formation spécifique, destinée à prévenir les crises et à y répondre, leur soit dispensée.

Si le guide, les programmes et les outils produits par la HAS en vue de mieux prévenir et prendre en charge les moments de violence dans l'évolution clinique des patients adultes lors d'hospitalisations en service de psychiatrie sont pour partie applicables en service de pédopsychiatrie, une prise en considération de certaines spécificités attachées à une population d'enfants et d'adolescents est nécessaire (place des représentants légaux, spécificités attachées à la nature des troubles et des prises en charge, etc.). La HAS évaluera, au regard notamment des travaux conduits et des dispositifs mis en œuvre à l'étranger, l'opportunité de proposer des programmes et outils complémentaires à l'existant et spécifiques à la prévention et à la prise en charge des moments de violence dans l'évolution clinique des enfants et adolescents hospitalisés en psychiatrie infanto-juvénile.

Cette perspective de travail plus lointaine nécessite des études préalables de cadrage et de faisabilité.

5. Améliorer la prévention, l'évaluation et la prise en charge des tentatives de suicide et du risque suicidaire chez l'enfant et l'adolescent

Ce sujet fera notamment l'objet d'une réflexion sur l'opportunité d'une actualisation des recommandations de bonnes pratiques « Prise en charge hospitalière des adolescents après une tentative de suicide » produites par l'Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé (ANAES) en 1998⁴⁶.

Il est inscrit au programme de travail de la HAS⁴⁷.

Intitulé	Demandeur(s) ou copromoteur(s)	Livrable	Date de début	Date de fin	Services pilotes
Tentatives de suicide et risque suicidaire chez l'enfant et l'adolescent : prévention, évaluation, prise en charge	Auto-saisine	Recommandation de bonne pratique	T2 2020	T2 2021	Service bonnes pratiques professionnelles (SBPP)

⁴⁵ Contrôleur général des lieux de privation de liberté. Les droits fondamentaux des mineurs en établissement de santé mentale. 2017.

⁴⁶ Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé. Recommandations de bonne pratique « Prise en charge hospitalière des adolescents après une tentative de suicide ». Paris : ANAES ; 1998.

⁴⁷ Haute Autorité de santé. [Tentatives de suicide et risque suicidaire chez l'enfant et l'adolescent : prévention, évaluation, prise en charge – Note de cadrage](#). Saint-Denis La Plaine : HAS ; 2020.

Thème 4. Psychiatrie, santé mentale et addictions

Quatre travaux en lien avec la prévention et la prise en charge des conduites addictives font partie du programme « psychiatrie et santé mentale » de la HAS et impliquent les acteurs des champs sanitaire, social et médico-social (spécialisés et non spécialisés en addictologie).

1. Mieux diagnostiquer et prendre en charge les comorbidités psychiatriques et addictives

La concomitance de troubles psychiatriques et addictologiques est un fait épidémiologique connu.

Environ 15 % des patients souffrant de troubles psychiques prennent ou ont pris des substances, drogues ou alcool, avec une prévalence plus importante chez les patients souffrant de troubles mentaux sévères (schizophrénie et troubles bipolaires)^{48, 49, 50}. Parallèlement, les troubles psychiatriques sont plus fréquents chez les personnes ayant un usage ou un abus de ces substances, notamment anxiété, dépression, troubles de la personnalité : 30 % à 60 % des usagers de drogues présenteraient une comorbidité psychiatrique^{50, 51, 52}.

L'association de troubles psychiatriques et de conduites addictives a des conséquences pronostiques : aggravation des symptômes de la maladie, survenue de complications (suicide et passage à l'acte), mauvaise observance thérapeutique et diminution de la durée de vie notamment. Elle a des conséquences sociales, avec instabilité des conditions de vie, absence de domiciliation, retentissement familial, violence et criminalité. Enfin, elle a des conséquences sur le parcours du patient et en termes de coûts : passages itératifs aux urgences et risque accru de réhospitalisations.

La direction générale de la Santé (DGS) a saisi la HAS sur la question de la prise en charge des comorbidités psychiatriques et addictives. Concomitamment, la mission interministérielle de lutte contre les drogues et les conduites addictives (Mildeca) a sollicité la HAS sur ce même sujet⁵³.

La mise en place de stratégies de prise en charge des patients présentant des maladies mentales associées à des conduites addictives figure dans le plan gouvernemental de lutte contre les drogues et les conduites addictives 2013-2017. Ce plan prévoit notamment un déploiement d'approches intégrées permettant de prendre en charge de façon globale les troubles psychiques et les troubles liés à la consommation de produits psychoactifs (objectif : « Déployer l'approche intégrée vers les comorbidités psychiatriques »). Le déploiement de ces approches implique une identification préalable de dispositifs et modalités de coordination entre acteurs impliqués dans la prise en charge, qui permettent d'améliorer la qualité des soins et qui soient applicables dans différents contextes, organisationnels et démographiques.

Ce travail tiendra compte du programme de travail sur la prévention des addictions et la prévention des risques et des dommages y étant associés, évoqué ci-après.

Une nouvelle étude de faisabilité sera conduite par la HAS en prenant en compte les résultats de travaux engagés sur ce sujet par d'autres organismes.

⁴⁸ Regier D. A., et al. Comorbidity of mental disorders with alcohol and other drug abuse. Results from the Epidemiologic Catchment Area (ECA) Study. *JAMA* 1990 ; 264 (19) : 2511-8.

⁴⁹ Graham H. L., et al. Drug and alcohol problems amongst individuals with severe mental health problems in an inner city area of the UK. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 2001 ; 36 (9) : 448-55.

⁵⁰ Inserm. Comorbidités psychiatriques chez les usagers de drogues (chapitre 4). In Réduction des risques infectieux chez les usagers de drogues. Rapport. Paris : éditions Inserm ; 2010.

⁵¹ Kessler R. C., et al. The epidemiology of co-occurring addictive and mental disorders: implications for prevention and service utilization. *Am J Orthopsychiatry* 1996 ; 66 (1) : 17-31.

⁵² Farrell M., et al. Nicotine, alcohol and drug dependence and psychiatric comorbidity. Results of a national household survey. *Br J Psychiatry*, 2001 ; 179 : 432-7.

⁵³ Plan gouvernemental de lutte contre les drogues et les conduites addictives. Plan d'actions 2016-2017.

2. Prévenir les addictions et réduire les risques et les dommages liés aux conduites addictives en établissements et services sociaux et médico-sociaux (ESSMS)

Un programme de travail portant sur la prévention des addictions et la réduction des risques et des dommages associés (RDRD) a été initié par la Diqasm.

Après un premier volet dédié aux centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour usagers de drogues (Caarud)⁵⁴ en 2017 et un deuxième volet dédié aux centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (Csapa)⁵⁵ en 2020, le programme abordera dans un troisième volet les pratiques concourant au repérage et à l'accompagnement des personnes accueillies dans les établissements et services sociaux et médico-sociaux (ESSMS).

Les conduites addictives des personnes accueillies par ces ESSMS questionnent les organisations, les représentations ainsi que les postures et les modalités d'accompagnement des professionnels. Les recommandations aborderont les pratiques pouvant être mises en œuvre par les ESSMS et par leur recours au dispositif sanitaire et médico-social spécialisé. Les intervenants du champ de l'addictologie peuvent en effet venir en appui tant sur le versant de la prévention que sur celui de la RDRD. Ils peuvent également intervenir auprès des professionnels des ESSMS pour les sensibiliser et les outiller afin qu'ils soient en mesure d'être des acteurs de la prévention, du repérage et de l'orientation.

Ce sujet est inscrit au programme de travail de la HAS⁵⁶.

Intitulé	Demandeur(s) ou copromoteur(s)	Livrable	Date de début	Date de fin	Service pilote
La prévention des addictions et la réduction des risques et des dommages liés aux conduites addictives en ESSMS – volet 3		Recommandation	T4 2020	T2 2022	Service recommandations (SR), Diqasm

3. Mieux prescrire les opioïdes antalgiques – prévenir et prendre en charge les mésusages et les surdoses

Depuis 2000, la consommation d'opioïdes, sous forme licite, détournée ou illicite, a causé plus de 300 000 décès par surdose aux États-Unis, donnant lieu à une crise sanitaire sans précédent. Certains pays d'Europe commencent également à relever une progression importante de la mortalité par opioïdes, les pays les plus épargnés tels que la France étant ceux qui disposent de systèmes de surveillance du médicament, où la publicité sur le médicament est contrôlée et où les conditions de prescription et de délivrance sont rigoureusement encadrées. Toutefois, des signaux de mésusage,

⁵⁴ Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux. Recommandations de bonnes pratiques professionnelles relatives à « la réduction des risques et des dommages dans les Centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour usagers de drogues (Caarud) ». Saint-Denis La Plaine: ANESM; 2017.

www.has-sante.fr/portail/jcms/c_2833717/fr/la-reduction-des-risques-et-des-dommages-dans-les-centres-d-accueil-et-d-accompagnement-a-la-reduction-des-risques-pour-usagers-de-drogues-caarud

⁵⁵ Haute Autorité de santé. Recommandations de bonnes pratiques professionnelles relatives à « la Prévention des addictions et la réduction des risques et des dommages par les centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (Csapa) ». Saint-Denis La Plaine: HAS; 2020. https://www.has-sante.fr/jcms/p_3147889/fr/prevention-des-addictions-et-reduction-des-risques-et-des-dommages-par-les-centres-de-soins-d-accompagnement-et-de-prevention-en-addictologie-csapa

⁵⁶ Haute Autorité de santé. [La prévention des addictions et la réduction des risques et des dommages liés aux conduites addictives en ESSMS – Note de cadrage](#). Saint-Denis La Plaine : HAS ; 2020.

d'abus ou de dépendance sont apparus, ainsi que de nouveaux profils d'usagers ne correspondant pas au profil « habituel » des usagers de drogues.

Les opioïdes se caractérisent par un potentiel d'abus et de dépendance élevé notamment s'il existe une vulnérabilité ou des facteurs de risque chez le patient. Non seulement les troubles psychiatriques et addictologiques sont souvent concomitants, mais la consommation d'opioïdes comporte des risques et peut provoquer des dommages, notamment sur le plan de la santé mentale (troubles anxieux, troubles dépressifs, troubles de l'humeur, psychoses, etc.).

Dans le cadre d'une feuille de route intitulée « Prévenir et agir face aux surdoses d'opioïdes. Feuille de route 2019-2022 », le bureau de la prévention des addictions de la direction générale de la Santé (DGS) a saisi la HAS afin d'élaborer des recommandations sur la prévention et la prise en charge des surdoses d'opioïdes et le bon usage des opioïdes antalgiques.

Au-delà de l'enjeu consistant à sécuriser au mieux l'usage des opioïdes sans en restreindre l'accès aux patients douloureux et dépendants qui en ont vraiment besoin, il s'agit de mieux repérer les signes de souffrance psychique, de prévenir le mésusage des opioïdes et d'accompagner, le cas échéant, ces personnes vers des structures partenaires de soin et d'accompagnement en psychiatrie et santé mentale.

Ce sujet est inscrit au programme de travail de la HAS.

Intitulé	Demandeur(s) ou copromoteur(s)	Livrable	Date de début	Date de fin	Service pilote
Bon usage des opioïdes antalgiques – Prévention et prise en charge du mésusage et des surdoses d'opioïdes	Ministère des Solidarités et de la Santé (DGS)	Recommandation de bonne pratique	T4 2019	T2 2021	Service bonnes pratiques professionnelles (SBPP)

4. Suivi des personnes présentant une consommation au-delà des nouveaux repères de consommation d'alcool à moindre risque

À l'échelle mondiale, il a été estimé que trois millions de décès étaient attribuables à la consommation d'alcool (5,3 % de l'ensemble des décès) en 2016, la consommation d'alcool étant ainsi à l'origine d'une mortalité plus importante que celle de maladies telles que la tuberculose (2,3 % de l'ensemble des décès), le VIH/Sida (1,8 % de l'ensemble des décès) et le diabète (2,8 % de l'ensemble des décès)⁵⁷.

Parmi les décès attribuables à la consommation d'alcool, 28,7 % étaient associés à des blessures, intentionnelles (suicides, violences interpersonnelles) ou non (blessures liées à un accident de la route, noyades, incendies, empoisonnements, chutes), 21,3 % à des maladies digestives, 19 % à des maladies cardio-vasculaires, 12,9 % à des maladies infectieuses et 12,6 % à des cancers⁵⁷.

En France, 41 000 décès (7 % de l'ensemble des décès) étaient considérés comme étant attribuables à l'alcool en 2015, 30 000 chez les hommes et 11 000 chez les femmes⁵⁸.

⁵⁷ Organisation mondiale de la santé. Global status report on alcohol and health 2018. OMS ; 2018

⁵⁸ Bonaldi C., Hill C. La mortalité attribuable à l'alcool en France en 2015. BEH 2019 ; 5-6 : 97-108.

En 2017, de nouveaux repères de consommation d'alcool à moindre risque ont été établis par Santé publique France et l'Institut national du cancer à la suite d'une saisine de la direction générale de la Santé (DGS) et de la mission interministérielle de lutte contre les drogues et les conduites addictives (Mildeca). Ces repères correspondent à une consommation d'alcool n'excédant pas deux verres par jour et 10 verres par semaine, en incluant des jours d'abstinence⁵⁹. Cette même année, 23,6 % des personnes ayant entre 18 ans et 75 ans déclaraient une consommation d'alcool au-delà de ces repères sur au moins une dimension (plus de deux verres d'alcool sur une journée au moins une fois la semaine précédente : 19,2 % ; plus de 10 verres d'alcool dans les sept derniers jours : 9,7 % ; consommation d'alcool plus de cinq jours sur sept : 7,9 %⁶⁰).

Le travail conduit par la HAS viendra compléter l'outil d'aide au repérage précoce et à l'intervention brève en matière d'alcool, élaboré en 2015⁶¹, en précisant les pratiques des professionnels, notamment de premier recours, pour la prise en charge des personnes présentant une consommation d'alcool au-delà des nouveaux repères de consommation à moindre risque.

Ce travail sera planifié ultérieurement.

⁵⁹ Santé publique France. Avis d'experts relatif à l'évolution du discours public en matière de consommation d'alcool en France (2017).

⁶⁰ Andler R., Richard J.-B., Cogordan C., et al. Nouveaux repères de consommation d'alcool et usage : résultats du baromètre de santé publique France 2017. BEH 2019 ; 10-11 : 180-187.

⁶¹ Outil d'aide au repérage précoce et intervention brève : alcool, cannabis, tabac chez l'adulte (2014). https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1795221/fr/outil-d-aide-au-reperage-precoce-et-intervention-breve-alcool-cannabis-tabac-chez-l-adulte (une actualisation au regard des nouveaux repères de consommation à moindre risque doit être engagée en 2020).

Thème 5. Autres thèmes

1. Réponses rapides dans le cadre de la Covid-19

La HAS a mis à disposition des professionnels des [fiches « réponses rapides dans le cadre de la Covid-19 »](#), élaborées en partenariat avec les organisations professionnelles, les sociétés savantes et les associations d'usagers.

Plusieurs fiches réponses rapides spécifiques à la prise en charge ambulatoire des patients souffrant de troubles psychiques ont été élaborées. Les deux premières concernaient respectivement les périodes initiales de confinement (avril 2020) et de post-confinement (juin 2020). Une fiche actualisée a été mise en ligne en novembre 2020 : [prise en charge ambulatoire des patients souffrant de troubles psychiques](#).

Une fiche réponses rapides traite également de la souffrance des professionnels du monde de la santé : [souffrance des professionnels du monde de la santé : prévenir, repérer, orienter](#) (mai 2020).

2. Annonce du diagnostic en psychiatrie

La pathologie schizophrénique a notamment été identifiée comme étant moins souvent annoncée que d'autres maladies et avec plus de difficultés. Une crainte des psychiatres de « poser un diagnostic encore mal compris sur le plan médical, d'aggraver la stigmatisation dont le malade pourrait être victime et d'apposer une étiquette de gravité et de chronicité » est une des raisons potentielles ayant été avancées pour expliquer que l'annonce du diagnostic ne soit pas faite⁶². Si une connaissance du diagnostic est susceptible d'être associée à une plus grande adhésion au traitement et de favoriser l'alliance thérapeutique entre le patient et le médecin⁶², la manière dont le diagnostic est annoncé peut également influencer la façon dont il sera compris par le patient et conditionner l'acceptation de la maladie.

La loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé prévoit que « toute personne a le droit d'être informée sur son état de santé » tout en précisant que « la volonté d'une personne d'être tenue dans l'ignorance d'un diagnostic ou d'un pronostic doit être respectée ». Il est, dans ce dernier cas exceptionnel, nécessaire que le médecin comprenne le refus d'information du patient afin de respecter ses choix, et éventuellement adapte le contenu de l'information à transmettre.

Dans la continuité des productions de la HAS « Annonce et accompagnement du diagnostic d'un patient ayant une maladie chronique⁶³ » et « Annoncer une mauvaise nouvelle⁶⁴ », un travail sera envisagé sur l'annonce du diagnostic en psychiatrie afin de mettre à disposition des médecins un guide de bonne pratique de l'annonce du diagnostic en psychiatrie, mais également afin de les aider à accompagner le patient et son entourage dans la connaissance et dans la gestion de la maladie à la suite de l'annonce.

Cette perspective de travail plus lointaine nécessite des études préalables de cadrage et de faisabilité.

⁶² Villani M., Kovess-Masféty V. Qu'en est-il de l'annonce du diagnostic de schizophrénie aujourd'hui en France ? L'encéphale ; 2016.

⁶³ Haute Autorité de santé. Annonce et accompagnement du diagnostic d'un patient ayant une maladie chronique. Saint-Denis La Plaine : HAS ; 2014.

⁶⁴ Haute Autorité de santé. Annoncer une mauvaise nouvelle. Saint-Denis La Plaine : HAS ; 2008.

3. Améliorer la prise en charge des comorbidités psychiatriques associées à l'épilepsie

L'épilepsie débute chez l'enfant dans la moitié des cas et constitue la première cause non traumatique de handicap sévère acquis du sujet jeune⁶⁵. Les patients ayant une épilepsie ont un taux de mortalité deux à trois fois plus grand que celui de la population générale^{66, 67, 68, 69}. Des troubles psychiatriques sont fréquemment associés à l'épilepsie (le plus souvent, troubles anxieux et dépression)⁷⁰. Des troubles psychiatriques associés à une épilepsie active seraient un facteur d'exclusion des établissements et services sociaux et médico-sociaux (ESSMS) ou du monde professionnel.

Les pratiques peuvent être très différentes, dès le diagnostic initial, qui peut être posé à tort dans environ 20 % des cas⁷¹. Le traitement ne devrait être introduit qu'après réalisation d'un électroencéphalogramme (EEG) et d'une consultation spécialisée, or 20 % des patients seraient vus seulement par un médecin généraliste au moment de l'instauration du traitement⁷². En l'absence de suivi organisé, il arrive que des traitements nécessaires et efficaces à un moment soient poursuivis inutilement.

Pour les personnes ayant des manifestations cliniques évocatrices d'épilepsie, l'enjeu de la prise en charge est :

- de s'assurer qu'il s'agit bien d'une épilepsie (afin d'éviter les inconvénients secondaires à un diagnostic faux positif) et d'identifier les troubles éventuellement associés (en particulier les comorbidités psychiatriques) ;
- puis de prescrire un traitement adapté et de mettre en place un suivi approprié dans le but d'améliorer la qualité de vie des patients, avec moins d'arrêts de travail, moins d'hospitalisations en psychiatrie, moins d'exclusions des ESSMS.

Les enjeux d'une amélioration des pratiques professionnelles sont une réduction de la mortalité évitable, une diminution des handicaps et des incapacités par des traitements plus adaptés et la prévention de la tératogénicité. Ces enjeux passent par une meilleure organisation des soins.

Cette recommandation de bonne pratique sera suivie d'un travail sur le parcours de soins du patient épileptique et du développement d'indicateurs de qualité du parcours.

Ces travaux font partie du programme de travail de la HAS. La [recommandation de bonne pratique](#), validée par le Collège de la HAS le 8 octobre 2020, traite également de la prise en charge des comorbidités psychiatriques associées à l'épilepsie (un sous-chapitre est dédié aux troubles psychiatriques suivants : dépression, troubles anxieux, crises non-épileptiques psychogènes et psychose).

⁶⁵ Haute Autorité de santé. Épilepsies graves. Guide médecin. Guide affection de longue durée. Saint-Denis La Plaine : HAS ; 2007.

⁶⁶ Chamorro-Muñoz M. I., García-Martín G., Pérez-Errazquin F., Romero-Acebal M., García-Rodríguez A., Gutiérrez-Bedmar M. Epidemiological study of mortality in epilepsy in a Spanish population. *Seizure* 2017 ; 46 : 19-23.

⁶⁷ Lhatoo S. D., Johnson A. L., Goodridge D. M., MacDonald B. K., Sander J. W., Shorvon S. D. Mortality in epilepsy in the first 11 to 14 years after diagnosis: multivariate analysis of a long-term, prospective, population-based cohort. *Ann Neurol* 2001 ; 49 (3) : 336-44.

⁶⁸ Mohanraj R., Norrie J., Stephen L. J., Kelly K., Hitiris N., Brodie M. J. Mortality in adults with newly diagnosed and chronic epilepsy: a retrospective comparative study. *Lancet Neurol* 2006 ; 5 (6) : 481-7.

⁶⁹ Shackleton D. P., Westendorp R. G., Trenite D. G., Vandenbroucke J. P. Mortality in patients with epilepsy: 40 years of follow up in a Dutch cohort study. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 1999 ; 66 (5) : 636-40.

⁷⁰ De Toffol B., Hingray C., Biberon J., El-Hage W. Les comorbidités psychiatriques dans l'épilepsie. *La Presse médicale* ; 2017.

⁷¹ Oto M. The misdiagnosis of epilepsy: appraising risks and managing uncertainty. *Seizure* 2017 ; 44 : 143-6.

⁷² Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés. Améliorer la qualité du système de santé et maîtriser les dépenses. Propositions de l'Assurance maladie pour 2018. Rapport au ministre chargé de la Sécurité sociale et au Parlement sur l'évolution des charges et des produits de l'Assurance maladie au titre de 2018 (loi du 13 août 2004). Paris : CNAMTS ; 2017.

Intitulé	Demandeur(s) ou copromoteur(s)	Livrable	Date de début	Date de fin	Service pilote
STSS – Parcours épilepsie	FFN, SFNP, Cnam	Recommandation de bonne pratique	T1 2018	T3 2020	Service bonnes pratiques professionnelles (SBPP)
	Ma Santé 2022 Partenariat Cnam	Guide parcours	T2 2020	T2 2021	Service évaluation de la pertinence des soins et amélioration des pratiques et des parcours (SA3P)
		Développement d'indicateurs	T1 2021	T4 2021	Service évaluation et outils pour la qualité et la sécurité des soins (Sevoqss)

4. Mieux évaluer et prendre en charge les syndromes psychotraumatiques chez l'enfant et chez l'adulte

Une exposition à un événement traumatique (abus et maltraitance chez l'enfant et l'adulte, violences dans le monde du travail, catastrophes naturelles ou industrielles, attentats terroristes, migrations des populations, etc.) peut avoir des conséquences sur la santé physique et psychique des personnes victimes^{73, 74}, les troubles engendrés étant regroupés sous le terme de psychotraumatisme.

En France, une enquête en population générale a montré que 30 % de la population adulte auraient été exposés à un événement potentiellement traumatique au cours de la vie, que 5 % présentaient, depuis l'exposition, un psychotraumatisme au sens large (au moins un élément de retentissement psychopathologique) et 0,7 % un syndrome de stress post-traumatique dans le mois précédant l'enquête⁷⁵. La prévalence du syndrome de stress post-traumatique sur la vie entière s'élèverait à 1,9 % en Europe et à 7,8 % aux États-Unis^{76, 77}.

Seules 50 % des personnes souffrant d'un syndrome de stress post-traumatique et 22 % des personnes présentant un psychotraumatisme au sens large déclareraient avoir le sentiment d'être malade. Parmi les personnes souffrant d'un syndrome de stress post-traumatique, 75 % auraient suivi un traitement médicamenteux et 52 % une psychothérapie, ces recours étant estimés respectivement à 37 % et 17 % chez les personnes présentant un psychotraumatisme au sens large⁷⁵.

La prise en charge des personnes exposées à un événement traumatique par des professionnels formés aux spécificités du psychotraumatisme constituant un enjeu majeur de santé publique, la Direction générale de la santé (DGS) et la direction générale de l'Offre de soins (DGOS) ont conjointement saisi la HAS pour la production d'une recommandation de bonne pratique clinique favorisant un diagnostic, une évaluation et une prise en charge du psychotraumatisme qui soient les plus précoces possibles et prennent en compte les dimensions psychologique et somatique des troubles.

⁷³ Association mémoire traumatique et victimologie. Impact des violences sexuelles de l'enfance à l'âge adulte ; 2015.

⁷⁴ Vandentorren S., Sanna A., Aubert L., Pirard P., Motreff Y., Dantchev N., Baubet T. Étude de cohorte Impacts. Première étape : juin-octobre 2015. Saint-Maurice : Santé publique France ; 2017.

⁷⁵ Vaiva G., Jehel L., Cottencin O., Ducrocq F., Duchet C., Omnes C., Genest P., Rouillon F., Roelandt J.-L. Prévalence des troubles psychotraumatiques en France métropolitaine. L'Encéphale 2008 ; 34 : 577-583.

⁷⁶ Alonso J., Angermeyer M. C., Bernert S., Bruffaerts R., et al. Prevalence of mental disorders in Europe: results from the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) project. Acta Psychiatr Scand Suppl, 2004 ; (420) : 21-7.

⁷⁷ Kessler R. C., Sonnega A., Bromet E., Hughes M., Nelson C. B. Posttraumatic stress disorder in the National Comorbidity Survey 1. Arch Gen Psychiatry, 1995 ; 52 (12) : 1048-60.

Cette recommandation de bonne pratique sera réalisée en lien étroit avec le Centre national de ressources et de résilience (CN2R).

Ce sujet est inscrit au programme de travail de la HAS⁷⁸.

Intitulé	Demandeur(s) ou copromoteur(s)	Livrable	Date de début	Date de fin	Service pilote
Évaluation et prise en charge des syndromes psychotraumatiques - enfants et adultes	Ministère des Solidarités et de la Santé (DGS, DGOS)	Recommandation de bonne pratique	T4 2019	T3 2021	Service bonnes pratiques professionnelles (SBPP)

5. Précarité, psychiatrie et santé mentale

Dans le cadre d'une saisine de la direction générale de la Cohésion sociale (DGCS), ce travail visera à améliorer la coordination entre les acteurs des champs social et sanitaire dans la prise en charge et l'accompagnement des personnes en situation de précarité souffrant de troubles psychiques. L'enjeu sera notamment d'améliorer le repérage des personnes concernées et d'éviter des ruptures dans les prises en charge et les accompagnements *via* une cohérence et une coordination des parcours.

Une attention particulière sera portée aux rôles des différents acteurs des champs sanitaire et social. Il sera également tenu compte des interfaces avec les autres acteurs susceptibles d'interpeller la psychiatrie et/ou le secteur social (élus locaux, police, justice, etc.). Un travail de cadrage permettra dans un premier temps de préciser le périmètre du sujet.

Ce travail sera planifié ultérieurement.

6. Diagnostic et traitement du trouble du déficit de l'attention avec hyperactivité (TDAH) pour les enfants, les adolescents et les adultes par un médecin spécialiste

La HAS a publié en 2014 une recommandation⁷⁹ sur la « conduite à tenir en médecine de premier recours devant un enfant ou un adolescent susceptible d'avoir un trouble du déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité ». Cette recommandation était destinée aux médecins de premier recours dans l'objectif de les aider :

- à mener leur mission de repérage du trouble ;
- à conduire une démarche diagnostique initiale et d'orientation dans le système de soins ;
- à participer au suivi en collaboration avec un médecin spécialiste ayant acquis une compétence dans le diagnostic et la prise en charge du TDAH (pédopsychiatre, psychiatre, pédiatre, neuropédiatre, neurologue).

À la suite de ce travail, la direction générale de la Santé (DGS) et la direction générale de l'Offre de soins (DGOS) ont conjointement saisi la HAS pour l'élaboration de recommandations ciblant la suite du parcours de soins et intégrant l'âge adulte : confirmation du diagnostic par un médecin spécialiste ayant acquis une compétence dans le diagnostic et la prise en charge du TDAH (pédopsychiatre, psychiatre, pédiatre, neuropédiatre, neurologue), prise en charge spécialisée et accompagnement.

⁷⁸ Haute Autorité de santé. [Évaluation et prise en charge des syndromes psychotraumatiques – enfants et adultes – Note de cadrage](#). Saint-Denis La Plaine : HAS ; 2020.

⁷⁹ Haute Autorité de santé. [Conduite à tenir en médecine de premier recours devant un enfant ou un adolescent susceptible d'avoir un trouble déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité](#). Saint-Denis La Plaine : HAS ; 2014.

Ce sujet, dont l'approche est très spécialisée et le champ très vaste nécessite la conduite d'une analyse dans le cadre d'une note de cadrage. **La réalisation de ce cadrage est inscrite au programme de travail de la HAS.**

Intitulé	Demandeur(s) ou copromoteur(s)	Livrable	Date de dé- but	Date de fin	Service pilote
Diagnostic et traitement du trouble du déficit de l'attention avec hyperactivité (TDAH) pour les enfants, les adolescents et les adultes par un médecin spécialiste	Ministère des Solidarités et de la Santé (DGS)	Note de cadrage	T4 2020		Service bonnes pratiques professionnelles (SBPP)

Missions transversales de la HAS

Des travaux spécifiques au champ de la psychiatrie et de la santé mentale sont conduits dans le cadre de missions transversales de la HAS. En particulier, de nouveaux indicateurs de qualité et de sécurité des soins (IQSS) en psychiatrie et santé mentale ont été finalisés et une attention particulière a été portée aux prises en charge des patients en psychiatrie et santé mentale dans le cadre des travaux de développement de la nouvelle certification des établissements de santé (V2020). Des travaux sont également engagés en vue de l'élaboration d'un nouveau dispositif d'évaluation des établissements et services sociaux et médico-sociaux (ESSMS), mission confiée à la HAS en juillet 2019.

1. Développer de nouveaux indicateurs de qualité et de sécurité des soins (IQSS) en psychiatrie et santé mentale

Les IQSS constituent une aide au pilotage et à la gestion de la qualité et de la sécurité des soins. Ils sont un levier pour l'amélioration des pratiques professionnelles et contribuent à la transparence pour les usagers. Ils peuvent également être mobilisés pour le pilotage des politiques d'intervention à l'échelon régional (contrats entre les agences régionales de santé [ARS] et les établissements de santé). Leur production repose sur des méthodes de développement standardisées.

1.1. Indicateurs de pratiques cliniques

Concernant le secteur de la psychiatrie et de la santé mentale, la campagne nationale d'évaluation de la prise en charge hospitalière des indicateurs du thème « dossier patient en santé mentale pour adulte (DPA PSY) » a été suspendue en 2018.

La HAS a débuté en 2018 des travaux de développement de nouveaux IQSS pour le secteur de la psychiatrie et de la santé mentale sur les trois thèmes suivants :

- « prise en charge somatique » ;
- « coordination entre l'hôpital et la ville » ;
- « pratiques d'isolement et de contention mécanique ».

En fonction du thème, un ou deux périmètres hospitaliers peuvent être concernés : hospitalisation à temps plein ou ambulatoire.

- Les travaux concernant la prise en charge somatique et la coordination entre l'hôpital et la ville sur le périmètre « hospitalisation à temps plein » ont été finalisés. Les IQSS suivants sont validés et auraient dû être recueillis en campagne nationale en 2020 (annulation de la campagne en lien avec l'épidémie de coronavirus) :
 - qualité de la lettre de liaison à la sortie ;
 - évaluation et prise en charge de la douleur somatique ;
 - évaluation cardio-vasculaire et métabolique chez les patients adultes ;
 - évaluation gastro-intestinale chez les patients adultes ;
 - évaluation et prise en charge des addictions chez les patients adultes.
- Les travaux concernant la prise en charge somatique et la coordination entre l'hôpital et la ville sur le périmètre « ambulatoire » ont été en majeure partie finalisés. Les indicateurs de qualité et de sécurité des soins suivants sont validés et auraient dû être recueillis en campagne nationale en 2020 :
 - vigilance sur l'état cardio-vasculaire et métabolique chez les patients adultes ;
 - évaluation et prise en charge des addictions chez les patients adultes.

Avec ces indicateurs, auraient également été recueillis dans le cadre de cette campagne :

- une information complémentaire portant sur la « vigilance sur le transit intestinal chez les patients adultes » ;
 - l'indicateur « lien entre l'hôpital et la médecine de ville » : à la suite d'un remaniement de l'indicateur et des consignes de remplissage, il nécessite une nouvelle analyse, notamment de la reproductibilité.
- Les travaux concernant les indicateurs du thème « pratiques d'isolement et de contention mécanique » ont été en majeure partie finalisés et les indicateurs ont été validés en 2020. Ils seront testés à nouveau par l'ensemble des établissements de santé concernés en 2021, afin de les stabiliser sur la reproductibilité et la qualité du fichier complémentaire au recueil d'information médicalisé en psychiatrie (Rim-P) relatif aux mesures d'isolement et de contention mécanique. Ces indicateurs concernent les étapes suivantes des pratiques d'isolement et de contention mécanique :
- mise en œuvre de la mesure ;
 - surveillance du patient concerné par la mesure ;
 - réévaluation médicale et levée de la mesure ;
 - retour sur la pratique de la mesure.

L'élaboration de ces indicateurs fait partie du programme de travail de la HAS.

Intitulé	Demandeur(s) ou copromoteur(s)	Livrable	Date de début	Date de fin	Service pilote
IQSS : évaluer la qualité des soins en santé mentale à l'hôpital et en ville	Auto-saisine	Développement d'indicateurs de qualité et de sécurité des soins	T1 2018	T4 2019 à T3 2020, en fonction des indicateurs et du périmètre hospitalier concernés	Service évaluation et outils pour la qualité et la sécurité des soins (Sevoqss)

1.2. Recueil du point de vue du patient

En 2019, la HAS a été saisie par la direction générale de l'Offre de soins (DGOS) pour le « développement de la mesure de la satisfaction des patients pris en charge dans un établissement autorisé en psychiatrie en hospitalisation complète et en ambulatoire ».

Le cadrage visera à déterminer la pertinence de la mise en œuvre des différents types de mesure du point de vue du patient, dont la satisfaction, et le périmètre à évaluer en déterminant le(s) secteur(s) et la population cibles, et l'orientation pour les groupes de travail.

Ce travail est inscrit au programme de travail de la HAS.

Intitulé	Demandeur(s) ou copromoteur(s)	Livrable	Date de début	Date de fin	Service pilote
IQSS : évaluer la qualité des soins en santé mentale à l'hôpital et en ville	DGOS	Développement d'un indicateur de mesure du point de vue du patient en soins psychiatriques	T1 2020	T4 2021	Service évaluation et outils pour la qualité et la sécurité des soins (Sevoqss)

2. Certification des établissements de santé pour la qualité des soins – champ de la psychiatrie et de la santé mentale

Pour rappel, en application de l'article L. 6113-3 du Code de la santé publique, et afin d'assurer l'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins, tous les établissements de santé publics et privés doivent faire l'objet d'une procédure externe d'évaluation dénommée certification. Cette procédure vise à porter une appréciation indépendante sur la qualité d'un établissement ou, le cas échéant, d'un ou plusieurs services ou activités d'un établissement, à l'aide d'indicateurs, de critères et de référentiels portant sur les procédures, les bonnes pratiques cliniques et les résultats des différents services et activités de l'établissement.

2.1. Évolution globale de la certification

La HAS s'est engagée dans l'évolution de la procédure de certification afin d'obtenir un meilleur équilibre entre l'évaluation du système de management de la qualité et des risques et l'évaluation de la qualité des soins délivrés au patient (résultats). Il s'agit de renforcer l'évaluation :

- en termes de pertinence (analyse par les professionnels du caractère approprié des interventions, quelle que soit leur nature [acte, prescription, hospitalisation]) ;
- et de résultats :
 - mesurés par les professionnels ;
 - mesurés par les patients ;

mais aussi de renforcer l'exigence relative à l'engagement du patient et à la capacité des équipes à agir sur la qualité et la sécurité des soins.

Les trois orientations stratégiques de la certification définies par le Collège de la HAS sont les suivantes :

- médicaliser et mieux prendre en compte les résultats du niveau de qualité des soins et de la prise en charge ;
- simplifier l'ensemble du dispositif de certification ;
- s'adapter aux évolutions du système de santé.

Ces orientations sont assorties de trois enjeux principaux en matière de développement :

- de l'engagement des patients ;
- de la culture de l'évaluation de la pertinence et du résultat clinique ;
- du travail en équipe, moteur d'amélioration des pratiques.

2.2. Évolutions dans le champ de la psychiatrie et de la santé mentale

Dans le cadre de la nouvelle certification, un accent particulier est mis sur la prise en charge des patients en psychiatrie et santé mentale, qui est **partie intégrante du nouveau manuel de certification**. Un groupe de travail dédié a été constitué et a pris part aux travaux de développement de la future certification.

Ce **groupe de travail, composé de professionnels de terrain du domaine**, a eu pour objectif de déterminer les « **points critiques** » de la prise en charge du patient en psychiatrie et santé mentale. Ces « points critiques » correspondent à des **éléments de pratique (prise en charge du patient) ou d'organisation (processus) constituant des marqueurs de maîtrise et d'efficacité. Ils ont permis d'élaborer les critères spécifiques à la psychiatrie et à la santé mentale du référentiel**, et ainsi de produire les grilles d'évaluation que les experts visiteurs mobiliseront en visite et que les

professionnels pourront utiliser dans le cadre de l'évaluation interne. Sur le plan des méthodes, la future certification fera une large place aux traceurs, **patient traceur et parcours traceur notamment**.

Les travaux de développement du nouveau référentiel se sont échelonnés de juin 2018 à mars 2020.

La HAS a pris la décision de reporter le lancement de la nouvelle procédure de certification, programmée en mai 2020, compte tenu du contexte pandémique.

Ce délai différé a permis de prendre en compte les premiers enseignements tirés des retours d'expérience liés à la gestion de l'épidémie de la Covid-19.

Dans la continuité de l'élaboration concertée de cette nouvelle version entre la HAS et les acteurs de terrain, les parties prenantes ont été sollicitées pour ajuster le référentiel et les modalités de déploiement de l'ensemble du dispositif.

Le [référentiel de la nouvelle certification](#), dénommée certification des établissements de santé pour la qualité des soins, et l'ensemble des outils et supports destinés à son appropriation sont disponibles sur le site de la HAS.

3. Pertinence des soins dans le champ de la psychiatrie et de la santé mentale

3.1. Référentiels de pertinence

L'opportunité et la faisabilité du développement de référentiels de pertinence dans le champ de la psychiatrie et de la santé mentale seront étudiées dans le cadre du programme « psychiatrie et santé mentale » 2018-2023, en lien avec les travaux de la HAS relatifs à la pertinence des soins. Ainsi, dans la dynamique des productions de fiches pertinence-messages courts publiés depuis 2017 par la HAS concernant l'allergo-immunologie, la chirurgie pédiatrique et la cardiologie, une réflexion sera menée dans le champ de la psychiatrie. Ces travaux établissent leurs fondements sur des données de littérature et sur l'avis de professionnels dans le but de définir des messages relatifs à la pertinence des soins, en questionnant la qualité des soins tant sur la surutilisation que sur la sous-utilisation.

Cette perspective de travail plus lointaine nécessite des études préalables de cadrage et de faisabilité.

3.2. Évaluation de la stimulation magnétique transcrânienne répétée (SMTR) dans le traitement de la dépression unipolaire pharmacorésistante d'intensité modérée à sévère

La SMTR est une méthode non pharmacologique et non invasive de neurostimulation qui vise à améliorer les symptômes de la dépression et à lutter contre son impact délétère sur la qualité de vie, en particulier chez les patients présentant un certain degré de résistance aux antidépresseurs. Cette technique relativement ancienne (> 25 ans) n'est actuellement pas pleinement validée en France malgré une pratique qui continue à se diffuser auprès des professionnels concernés (neurophysiologistes, psychiatres). Son effet thérapeutique reposerait sur l'action de stimulations magnétiques répétées et de haute intensité (> 1 tesla) à l'aide d'une bobine inductrice posée sur le scalp du patient. La HAS prévoit d'évaluer le bénéfice clinique et la sécurité de la technique et de définir, le cas échéant, des conditions de réalisation.

Ce sujet, **inscrit au programme de travail de la HAS** et entrant dans le champ de l'évaluation de la pertinence des actes professionnels, a fait l'objet d'un travail de cadrage⁸⁰.

Intitulé	Demandeur(s) ou copromoteur(s)	Livrable	Date de début	Date de fin	Service pilote
Stimulation magnétique transcrânienne répétée (SMTR) dans la dépression unipolaire pharmacorésistante d'intensité modérée à sévère	Cnam	Évaluation des actes professionnels (document intermédiaire)	S1 2020	S2 2020	Service évaluation des actes professionnels (SEAP)

4. E-santé mentale

Une réflexion sera initiée en vue de développer des travaux sur les outils d'e-santé mentale.

Cette perspective de travail plus lointaine nécessite des études préalables de cadrage et de faisabilité.

5. Médicaments : avis et fiches de bon usage

Les travaux suivants ont été réalisés :

- élaboration d'une fiche de bon usage des médicaments « Quelle place pour les benzodiazépines dans l'anxiété ? »⁸¹ (2018) ;
- évaluation de trois spécialités à base de naloxone dans le traitement d'urgence d'un surdosage aux opioïdes : Nalscue (2018), Prenoxad (2018) et Nyxoid (2020) ;
- évaluation de la spécialité Baclocur (baclofène) dans la réduction de la consommation d'alcool (2019) ;
- évaluation de la spécialité Zubsolv (buprénorphine/naloxone) dans le traitement substitutif de la pharmacodépendance aux opioïdes (2019).

D'autres travaux sont en cours ou sont inscrits au programme de travail de la HAS :

- évaluation de la spécialité Spravato (eskétamine) dans le traitement des épisodes dépressifs caractérisés résistants modérés à sévères (juin 2020) ;
- réévaluation des spécialités à base de méthylphénidate : Concerta LP, Medikinet, Quasym LP, Ritaline/Ritaline LP (juillet 2020) ;
- élaboration d'une fiche de bon usage des médicaments à base de naloxone indiqués en ville dans le traitement des surdoses aux opiacés (fin 2020 – début 2021) ;
- élaboration d'une fiche de bon usage des spécialités à base de méthylphénidate (fin 2020 – début 2021) ;
- élaboration d'une fiche de bon usage de Baclocur (baclofène) dans la dépendance à l'alcool (reporté en raison de la suspension de l'AMM de Baclocur).

⁸⁰ Haute Autorité de santé. [Stimulation magnétique transcrânienne dans le traitement de la dépression pharmacorésistante de l'adulte – Note de cadrage](#). Saint-Denis La Plaine : HAS ; 2020.

⁸¹ Haute Autorité de santé. Fiche de bon usage des médicaments « Quelle place pour les benzodiazépines dans l'anxiété ? ». Saint-Denis La Plaine : HAS ; 2018.

D'autres fiches de bon usage et des avis sur les médicaments pourront être produits sur la période couverte par le programme « psychiatrie et santé mentale » de la HAS.

6. Évaluation des établissements et services sociaux et médico-sociaux (ESSMS)

Les établissements et services sociaux et médico-sociaux (ESSMS) accompagnent différents publics fragiles (personnes en situation de handicap, personnes âgées, personnes en situation de grande précarité, enfance protégée), qui peuvent au cours de leur accompagnement, présenter des troubles psychiques.

La HAS s'est vu confier par la loi n° 2019-774 du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé (article 75), la responsabilité de la procédure d'évaluation des ESSMS dans son ensemble.

Dans ce cadre, la HAS a pour mission d'élaborer le nouveau dispositif d'évaluation des ESSMS, ainsi que le nouveau cahier des charges d'habilitation des organismes en charge des évaluations. Un décret à paraître en 2020 doit encore déterminer les modalités de publication des rapports d'évaluation, ainsi que le rythme de ces évaluations.

Pour ce faire, la HAS a engagé à l'automne 2019, après une concertation avec l'ensemble des acteurs du secteur, les travaux d'élaboration du nouveau dispositif d'évaluation des ESSMS (référentiel d'évaluation, guide et méthodes de visite), ainsi que ceux relatifs à l'élaboration du nouveau cahier des charges d'habilitation des organismes en charge des évaluations.

La construction de ce nouveau dispositif est guidée par une exigence de qualité des accompagnements réalisés par les ESSMS, avec pour ambition de donner du sens à cette démarche d'évaluation de la qualité et d'en faire un levier de management. L'ensemble de ces réflexions est centré sur le bénéfice pour la personne accompagnée.

Une phase de concertation élargie et d'expérimentation aura lieu avant publication du nouveau dispositif d'évaluation des ESSMS à horizon 2021.

Les travaux d'élaboration du nouveau dispositif d'évaluation des ESSMS font partie du programme de travail de la HAS.

Intitulé	Livrable	Date de début	Date de fin	Service pilote
Refonte du dispositif d'habilitation des organismes chargés de l'évaluation des ESSMS	Cahier des charges de l'habilitation Formulaire d'habilitation Validation du dispositif	T1 2019	T3 2021	Service évaluation, Diqasm
Rédaction du manuel d'évaluation des ESSMS	GT Concertation Publication	T3 2019	T3 2021	Service évaluation, Diqasm
Définition des méthodes et outils de visite	Guide rédigé Outils validés Publications	T3 2019	T3 2021	Service évaluation, Diqasm

Table des annexes

Annexe 1.	Travaux réalisés dans le cadre du programme pluriannuel « psychiatrie et santé mentale » 2013-2017 de la HAS	39
-----------	--	----

Annexe 1. Travaux réalisés dans le cadre du programme pluriannuel « psychiatrie et santé mentale » 2013-2017 de la HAS

→ Thème 1. Prise en charge des troubles dépressifs – prise en charge en premier recours

Quatre productions ont été publiées dans le cadre du programme :

- recommandation de bonne pratique « [Manifestations dépressives à l'adolescence : repérage, diagnostic et prise en charge en soins de premier recours](#) » (2014) ;
- fiche mémo « [Patient avec un trouble bipolaire : repérage et prise en charge initiale en premier recours](#) » (2015) ;
- recommandation de bonne pratique « [Épisode dépressif caractérisé de l'adulte : prise en charge en premier recours](#) » (2017) ;
- guide « [Coordination entre le médecin généraliste et les différents acteurs de soins dans la prise en charge des patients adultes souffrant de troubles mentaux](#) » (2018).

→ Thème 2. Parcours des personnes en situation de handicap psychique

Un travail a donné lieu à la publication d'un guide méthodologique « [Accueil, accompagnement et organisation des soins en établissement de santé pour les personnes en situation de handicap](#) » (2017).

Un document à destination des représentants des usagers en établissement de santé « [Comment améliorer le parcours de santé des personnes en situation de handicap ?](#) » (2018) a également été publié.

→ Thème 3. Droits et sécurité en psychiatrie

Trois productions ont été publiées sur ce thème dans le cadre du programme :

- guide « [Mieux prévenir et prendre en charge les moments de violence dans l'évolution clinique des patients adultes lors des hospitalisations en service de psychiatrie](#) » (2016) ;
- recommandation de bonne pratique « [Isolement et contention en psychiatrie générale](#) » (2017) ;
- fiche mémo « [Aide à la rédaction des certificats et avis médicaux dans le cadre des soins psychiatriques sans consentement d'une personne majeure à l'issue de la période d'observation de 72 heures](#) » (2018).

→ Autres thèmes

- [Outil d'aide au repérage précoce et intervention brève : alcool, cannabis, tabac chez l'adulte](#) (2014) ;
- recommandation de bonne pratique « [Trouble du spectre de l'autisme : signes d'alerte, repérage, diagnostic et évaluation chez l'enfant et l'adolescent](#) » (2018) ;
- recommandation de bonne pratique « [Trouble du spectre de l'autisme : interventions et parcours de vie de l'adulte](#) » (2017) ;
- fiche mémo « [Femmes en âge de procréer ayant un trouble bipolaire : spécialités à base de valproate et alternatives médicamenteuses](#) » (2015, mise à jour 2018) ;
- recommandation de bonne pratique « [Boulimie et hyperphagie boulimique : repérage et éléments généraux de prise en charge](#) » (2019).

Les actes et prestations pour les ALD (Apald), décrivant le parcours de soins précis d'un malade admis en ALD au titre de la maladie considérée, ont été actualisés en 2017 pour :

- les [schizophrénies](#) ;
- les [troubles anxieux graves](#) ;
- les [troubles bipolaires](#).

Enfin, plusieurs avis sur les médicaments ont été rendus en 2017 et une fiche de bon usage du médicament a été élaborée :

- schizophrénie et autres troubles délirants/troubles anxieux et névrotiques : Likozam (clobazam en suspension buvable), benzodiazépine (2017) ;
- troubles addictifs : Champix (varénicline), agoniste partiel des récepteurs nicotiniques cérébraux (2017).

→ Travaux conduits par l'ANESM

En complément des travaux conduits par la HAS dans le cadre de son programme pluriannuel, plusieurs productions en lien avec le champ de la psychiatrie et de la santé mentale ont été publiées par l'ANESM sur la période 2013-2017 :

- recommandations relatives à « [la prise en compte de la souffrance psychique de la personne âgée : prévention, repérage et accompagnement](#) » (2014) ;
- recommandations relatives à « [la prise en compte de la santé physique et psychique des personnes accueillies dans les centres d'hébergement et de réinsertion sociale](#) » (2015) ;
- recommandations sur « [la prise en compte de la santé des mineurs/jeunes majeurs dans le cadre des établissements/services de la protection de l'enfance et/ou mettant en œuvre des mesures éducatives](#) » (2015) ;
- recommandations relatives aux « [spécificités de l'accompagnement des adultes handicapés psychiques](#) » (2015) ;
- recommandations sur la prévention et les réponses aux « ["comportements-problèmes" au sein des établissements et services intervenant auprès des enfants et adultes handicapés](#) » (2016) ;
- recommandations relatives à « [l'accompagnement des mineurs non accompagnés dits "mineurs isolés étrangers \(MNA\)"](#) » (2018) ;
- recommandations de bonnes pratiques professionnelles relatives à « [la réduction des risques et des dommages dans les centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour usagers de drogues \(Caarud\)](#) » (2017) ;
- guide « [Qualité de vie : handicap, les problèmes somatiques et les phénomènes douloureux](#) » (2017) ;
- recommandations relatives à « [l'accompagnement des enfants ayant des difficultés psychologiques perturbant gravement les processus de socialisation](#) » (2017) ;
- recommandations relatives aux « [pratiques de coopération et de coordination du parcours de la personne en situation de handicap](#) » (2018) ;
- guide d'appropriation des recommandations de bonnes pratiques « [Troubles du spectre de l'autisme : interventions et parcours de vie de l'adulte](#) » (2018) ;
- recommandations de bonnes pratiques professionnelles relatives à « [la prévention des addictions et la réduction des risques et des dommages par les centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie \(CSAPA\)](#) » (2020).

Retrouvez tous nos travaux sur

www.has-sante.fr

