
PROGRAMME

**Programme
pluriannuel « santé
mentale et
psychiatrie » 2025-
2030**

Ce document ainsi que sa référence bibliographique sont téléchargeables sur www.has-sante.fr 

Haute Autorité de santé – Service communication et information

5, avenue du Stade de France – 93218 SAINT-DENIS LA PLAINE CEDEX. Tél. : +33 (0)1 55 93 70 00

© Haute Autorité de santé – novembre 2024 – ISBN : 978-2-11-172691-8

Sommaire

Introduction	5
Préparation du nouveau programme « santé mentale et psychiatrie » 2025-2030	9
Travaux inscrits au programme pluriannuel « santé mentale et psychiatrie » 2025-2030	10
Thème 1. Troubles schizophréniques et troubles bipolaires	14
1. Repérage précoce et prise en charge des psychoses émergentes	15
2. Diagnostic, évaluation, prise en charge et parcours de soins (incluant les soins de réhabilitation psychosociale) et d'accompagnement des troubles schizophréniques	16
3. Diagnostic, évaluation, prise en charge et parcours de soins des troubles bipolaires	17
4. Prévention, repérage et prise en charge des comorbidités somatiques	17
Thème 2. Santé mentale et psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent	20
1. Hospitalisation à temps plein des enfants et des adolescents en psychiatrie : indications, modalités de prise en charge, place dans le parcours et droits des patients	21
2. Prévention et prise en charge des moments de violence dans l'évolution clinique des enfants et des adolescents lors des hospitalisations en psychiatrie	21
3. Continuité de la prise en charge entre services de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent et services de psychiatrie de l'adulte	22
4. Évaluation et prise en charge des troubles de stress post-traumatique, volet enfants	23
Thème 3. Droits des patients et des personnes accompagnées, pair-aidance et alliance thérapeutique	26
1. Plan de prévention partagé et personne de confiance en psychiatrie	26
2. Pair-aidance en santé mentale et psychiatrie	27
3. Construction et étayage de l'alliance thérapeutique en psychiatrie dans le parcours de soins et d'accompagnement de la personne	28
4. Accompagnement de la personne nécessitant une mesure de protection juridique dans l'exercice de ses droits et vers un parcours inclusif	29
Thème 4. Accompagnement et soutien des familles et des proches	31
1. Information, réponses et soutien dédiés aux familles/proches de personnes ayant des troubles psychiques	31
2. Accompagnement et soutien des familles/proches lors de l'hospitalisation d'un patient en psychiatrie (en amont, pendant et en aval)	32
Thème 5. Santé mentale et psychiatrie de la personne âgée	34
1. État dépressif de la personne âgée : prévention, diagnostic, diagnostic différentiel et prise en charge	34
2. Idées et conduites suicidaires chez la personne âgée : prévention, repérage, évaluation et prise en charge	35
3. Autonomie et parcours de soins et d'accompagnement en santé mentale et psychiatrie de la personne âgée	35

4. Troubles psychiques et troubles cognitifs de la personne âgée : coordination entre médecine générale, psychiatrie, neurologie et gériatrie	36
Thème 6. Soins en psychiatrie aux personnes détenues et soins pénalement ordonnés	38
Thème 7. Santé mentale, psychiatrie et addictions	40
1. Pathologies duelles : repérage et prise en charge des comorbidités addictives chez les personnes avec troubles schizophréniques ou bipolaires	40
2. Repérage de tous les usages et accompagnement de chaque personne dès le premier recours pour diminuer le risque alcool pour tous	41
Thème 8. Troubles du neurodéveloppement (TND)	44
1. Trouble du spectre de l'autisme (TSA) : interventions et parcours de vie du nourrisson, de l'enfant et de l'adolescent	44
2. Accompagnement de la personne présentant un trouble du développement intellectuel (TDI) – Volet 2	45
3. Trouble déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité (TDAH) : repérage, diagnostic et prise en charge des adultes	45
4. Repérage, évaluation, diagnostic et prise en charge des troubles dys	46
5. Traitements médicamenteux chez les adultes, enfants et adolescents ayant un trouble du spectre de l'autisme (TSA) et/ou un trouble du développement intellectuel (TDI), notamment en situation complexe ou très complexe	47
Thème 9. Certification des établissements de santé autorisés en psychiatrie pour la qualité des soins	49
1. Bilans itératifs de la certification des établissements de santé pour la qualité des soins	51
2. Évolutions du référentiel de certification (6 ^e cycle)	51
10. Autres thèmes	53
1. Coordination entre le médecin généraliste et les différents acteurs de soins dans la prise en charge des patients adultes souffrant de troubles psychiques – actualisation	53
2. Prévention, repérage, évaluation et prise en charge des idées et conduites suicidaires chez les exploitants et salariés agricoles	53
3. Santé mentale des réfugiés et des migrants	54
Autres travaux portant sur la qualité et la sécurité des soins et des accompagnements, les outils numériques, les médicaments, les dispositifs médicaux et les actes professionnels	57
Indicateurs de qualité et de sécurité des soins (IQSS) et évènements indésirables graves associés aux soins (EIGS)	57
Évaluation des établissements et services sociaux et médico-sociaux (ESSMS)	58
Outils numériques	58
Fiches de bon usage du médicament (BUM)	59
Évaluation des produits de santé (médicaments, dispositifs médicaux et actes professionnels)	60
Références bibliographiques	61

Introduction

La santé mentale et la psychiatrie constituent un enjeu de santé majeur : une personne sur huit dans le monde présenterait un trouble psychique, les troubles anxieux et dépressifs étant les plus courants (1). Les troubles psychiques sont la principale cause des années vécues avec une incapacité (AVI) et représentent 1 AVI sur 6 dans le monde. La schizophrénie, qui touche environ 1 adulte sur 200, est, dans ses formes aiguës, le problème de santé mentale le plus invalidant (2). Au-delà de la personne malade, c'est tout l'entourage immédiat qui peut être sévèrement impacté par ces troubles¹.

En France en 2022, plus de 8,5 millions de personnes ont été prises en charge pour des maladies psychiatriques² ou ont bénéficié d'un remboursement pour des traitements chroniques par psychotropes³ (4).

« Le nombre de patients traités par psychotropes a augmenté dès 2020 avec + 2,3 % en 2020 et + 2,6 % en 2021, alors qu'il baissait les années antérieures à la pandémie », de même que le nombre de nouveaux patients traités par psychotropes (+ 10,8 % en 2020 et + 3,9 % en 2021), les traitements antidépresseurs ou régulateurs de l'humeur étant ceux dont le nombre de patients évolue le plus (5). Entre 2019 et 2023, le nombre de filles de 12 à 25 ans ayant eu une délivrance de psychotropes a augmenté de 20 % (passant de 86 ‰ à 103 ‰), tandis que celui des garçons a augmenté de 8 % (passant de 56 ‰ à 61 ‰), essentiellement du fait des 12-15 ans. Les effectifs de jeunes traités par antidépresseurs ont notamment connu une progression très importante de 60 % (soit 143 600 jeunes en plus), ainsi que le nombre de jeunes sous antipsychotiques, qui a augmenté au total de 38 % (la progression la plus importante concerne les 16-19 ans [+ 43 %] et plus particulièrement les filles de cette tranche d'âge [+ 91 %]) (4).

Selon le baromètre santé 2021 de Santé publique France, la prévalence des épisodes dépressifs caractérisés a augmenté en France chez les 18-75 ans, avec une accélération sans précédent entre 2017 et 2021, passant de 9,8 % à 13,3 %. Elle est particulièrement marquée chez les jeunes adultes (18-24 ans), passant de 11,7 % à 20,8 %. En 2021, les 18-24 ans, mais aussi les femmes, les personnes vivant seules et les familles monoparentales, tout comme celles qui ne se déclaraient pas à l'aise financièrement, au chômage et les personnes indiquant un impact négatif de la Covid-19 sur leur moral avaient un risque d'épisode dépressif caractérisé plus élevé (6).

Avec près de 8 300 décès par suicide enregistrés en France métropolitaine en 2017 (9 048 avec redressement après hypothèse d'une sous-estimation), la France fait partie des pays européens ayant un taux élevé de décès par suicide (12^e rang ; 13,4 pour 100 000 habitants)⁴, même si l'on observe une baisse entre 2001 et 2017 (7).

¹ Selon l'enquête Vie quotidienne et santé, en France en 2021, 14,8 % des personnes âgées de 5 ans ou plus étaient des proches aidants (16,9 % des adultes et 4,8 % des enfants) (personnes déclarant apporter une aide régulière à un proche en situation de handicap ou de perte d'autonomie vivant dans le même logement ou ailleurs, toutes situations de handicap ou de perte d'autonomie confondues) (3).

² Selon la cartographie des pathologies et des dépenses de l'Assurance maladie, « ce groupe comprend les troubles psychotiques (dont la schizophrénie), les troubles névrotiques et de l'humeur (dont les troubles bipolaires et la dépression), la déficience mentale, les troubles addictifs, les troubles psychiatriques débutant dans l'enfance et l'ensemble des autres troubles psychiatriques (de la personnalité ou du comportement) ».

³ Selon la cartographie des pathologies et des dépenses de l'Assurance maladie, « les traitements psychotropes chroniques (au moins 3 délivrances) comprennent les traitements antidépresseurs et régulateurs de l'humeur, neuroleptiques, anxiolytiques et hypnotiques. Ce sous-groupe exclut les personnes ayant un diagnostic psychiatrique repérable via une hospitalisation ou une affection de longue durée récente (traitement dit « hors pathologies ») » (4).

⁴ L'Observatoire national du suicide précise dans son rapport que « les données internationales doivent cependant être comparées avec prudence, en raison d'éventuelles différences en matière de définition du suicide, de la qualité et de l'exhaustivité des déclarations ».

Dans la plupart des pays à revenu élevé, le suicide est la deuxième cause de mortalité chez les 15 à 25 ans (7). En France, une forte progression des pensées suicidaires chez les lycéennes et lycéens entre 2018 et 2022 a été mise en évidence par l'enquête EnCLASS (de 24,2 % à 30,9 % chez les filles et de 13,3 % à 17,4 % chez les garçons) (8), de même qu'une très forte hausse des taux d'hospitalisations pour gestes auto-infligés chez les adolescentes et jeunes femmes en 2021 et 2022 (par rapport à la moyenne de 2010 à 2019) (9) :

- chez les 10-14 ans : + 71 % en médecine, chirurgie, obstétrique (MCO) et + 246 % en psychiatrie ;
- chez les 15-19 ans : + 44 % en MCO et + 163 % en psychiatrie ;
- chez les 20-24 ans : + 21 % en MCO et + 106 % en psychiatrie.

La réduction de l'espérance de vie à 15 ans des personnes vivant avec un trouble psychique sévère a été estimée comme étant réduite en moyenne de 16 ans chez les hommes et de 13 ans chez les femmes, avec des variations en fonction des troubles considérés. Ces personnes ont des taux de mortalité « deux à cinq fois supérieurs à ceux de la population générale, quelle que soit la cause de décès, et un taux de mortalité prématurée quadruplé » (10). La surmortalité observée chez les personnes ayant des troubles psychiques sévères est pour partie attribuable à des troubles somatiques, qui sont plus prévalents qu'en population générale et interagissent avec les troubles psychiques, aggravant leurs pronostics respectifs (11-13). En France, un moindre recours aux soins de prévention et aux soins de spécialistes courants (particulièrement marqué pour les soins gynécologiques et ophtalmologiques) a été identifié chez les personnes suivies pour un trouble psychique sévère, de même qu'une fréquence plus importante des hospitalisations évitables (telles que celles pour asthme ou complications du diabète à court terme) (14).

Le coût pour la société française est également considérable : avec 26,2 milliards d'euros en 2022, les dépenses remboursées au titre de la santé mentale (si l'on regroupe les maladies psychiatriques et les traitements chroniques par psychotropes) étaient le deuxième poste de dépenses de l'Assurance maladie (14 % des dépenses totales), après les hospitalisations hors pathologies repérées⁵ (41,3 milliards d'euros) et devant la prise en charge des maladies cardiovasculaires (26,1 milliards d'euros) et des cancers (24,0 milliards d'euros) (4). En 2018, son coût global a été estimé à 163 milliards d'euros, en incluant les coûts de perte de productivité et de compensation de revenus ainsi que les coûts associés à la perte de qualité de vie (15).

Mais au-delà de ces données chiffrées relatives aux troubles proprement dits, il est nécessaire de resituer l'importance de la santé mentale, qui « occupe un large périmètre incluant le bien-être, les troubles et le fonctionnement des individus sur leurs versants aussi bien positifs que négatifs » (16) et ne se définit pas seulement par l'absence de trouble mental⁶. « Considérer ces différentes dimensions est nécessaire pour appréhender de façon complète la santé mentale d'un individu ou d'une population, mais également pour comprendre et orienter les logiques d'intervention des politiques publiques consacrées à la santé mentale : prévention et promotion de la santé, offre de soins et cohésion sociale (solidarité, inclusion sociale et accès aux droits fondamentaux pour les personnes atteintes de troubles psychiques) » (16). « Cette transformation suppose un changement d'orientation : au lieu de simplement considérer la maladie chez les individus, ce qui n'est ni suffisant ni viable, on doit aussi considérer la distribution populationnelle de la santé mentale comme une ressource positive, un atout et une

⁵ « Ce groupe comprend les personnes ayant eu au moins un séjour dans un établissement MCO, de soins médicaux et de réadaptation (SMR) ou en hospitalisation à domicile pour des motifs qui ne correspondent pas aux autres pathologies repérées. Ils peuvent découler de causes infectieuses (pneumonie par exemple), traumatiques, chirurgicales programmées (prothèse de hanche) ou non (appendicectomie), exploratoires (coloscopie), ou des symptômes ou pathologies mal définis. »

⁶ Organisation mondiale de la santé (OMS). [Santé mentale : renforcer notre action](#) [consulté le 24 octobre 2024].

force » (17). Ce virage sort la santé mentale de sa position isolée au sein des services cliniques et la replace dans la sphère plus large de la santé publique, en la présentant comme un sujet d'intérêt pour tous (18).

Le champ de la psychiatrie et de la santé mentale est ainsi particulièrement vaste. Les besoins des personnes concernées sont hétérogènes, susceptibles d'évoluer dans le temps et correspondent à des niveaux distincts de prises en charge, pouvant aller d'accompagnements psychosociaux à des soins spécialisés en psychiatrie selon que les personnes présentent par exemple un sentiment de mal-être, une pathologie psychiatrique, un handicap psychique.

La mise en cohérence des soins et accompagnements avec les différents besoins des personnes est aujourd'hui essentielle dans le système de soins psychiatriques, avec le projet pour la Haute Autorité de santé (HAS) de proposer à terme des parcours de soins. La notion de parcours en psychiatrie correspond en effet à un besoin majeur des personnes concernées par la maladie mentale, mais aussi de leur entourage. « Certes, il s'agit de « soigner » et donc de prendre en charge la pathologie, la souffrance, la crise, l'urgence. Mais, comme pour toute pathologie qui est souvent chronique, il s'agit de « prendre soin » et donc de se préoccuper de la vie des personnes, en les accompagnant au long d'un parcours » (19), parcours potentiellement sujet à des risques de ruptures à différents moments : accès au diagnostic et aux soins, hospitalisations, accompagnement social et médico-social, accès aux soins somatiques, situations de crises, etc. Cette notion de parcours implique les personnes elles-mêmes, mais aussi, en fonction de leurs souhaits respectifs, le soutien des proches.

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 mentale⁷. 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 co-construction avec les professionnels, les usagers du système de santé et les familles/proches** ;
- qu'il permette la production de documents utiles aux personnes concernées, à leurs familles/proches et aux professionnels, notamment via une réflexion sur une méthode de **diffusion et d'appropriation optimale des productions**.

Le programme pour la période 2018-2023 s'articulait autour de quatre thèmes principaux :

- droits des patients et sécurité en psychiatrie ;
- troubles mentaux sévères et persistants et handicap psychique ;
- pédopsychiatrie ;
- psychiatrie, santé mentale et addictions.

Le suivi du programme était assuré par un comité de suivi « psychiatrie et santé mentale », présidé par le Dr Yvan Halimi jusqu'en 2023. Ce comité regroupait différentes parties prenantes : organisations professionnelles, fédérations d'établissements, associations d'usagers et de familles/proches, institutions et représentants des pouvoirs publics.

Le Collège de la HAS a souhaité poursuivre et intensifier son engagement dans ce domaine à l'issue de ce programme 2018-2023 en préparant un nouveau programme quinquennal 2025-2030, qui a l'ambition d'élargir progressivement son périmètre dans le champ de la santé mentale et ainsi de travailler plus largement sur le volet de la prévention. Un nouveau [comité santé mentale et psychiatrie](#), présidé par Mme Claire Compagnon, membre du Collège de la HAS et présidente de la commission recommandations, pertinence, parcours et indicateurs (CRPPI), a également été constitué

⁷ Les [publications de la HAS concernant la santé mentale et la psychiatrie](#) sont listées sur une page dédiée de son site internet.

en parallèle de ce nouveau programme. La [liste des organismes qui en sont membres](#) est disponible sur le site internet de la HAS.

Ce nouveau programme « santé mentale et psychiatrie » est un **programme de travail pluriannuel évolutif** ayant pour objectifs de proposer une approche transversale aux besoins de santé de la population confrontée, ou susceptible de l'être, aux problématiques de santé mentale et de mobiliser l'ensemble des activités de la HAS pour apporter une réponse positive et cohérente aux défis de la santé mentale, déterminant essentiel de la santé globale des populations.

Préparation du nouveau programme « santé mentale et psychiatrie » 2025-2030

Le premier programme pluriannuel « psychiatrie et santé mentale » de la HAS a couvert la période 2013-2017 et un deuxième programme a été élaboré pour la période 2018-2023⁸. Le bilan du programme a été dressé à la suite d'échanges avec les membres du comité de suivi « psychiatrie et santé mentale ».

La HAS a élaboré ce 3^e programme pluriannuel, notamment sur la base d'échanges avec les membres du comité de suivi « psychiatrie et santé mentale » puis du comité santé mentale et psychiatrie, de saisines institutionnelles et de contributions associatives.

Son objectif central est d'améliorer globalement et durablement la qualité des prises en charge et la qualité de vie des personnes et de leurs familles/proches sur l'ensemble du territoire, en proposant aux personnes, à leur entourage et aux professionnels qui les accompagnent des outils d'aide dans la prise en charge de ces troubles afin de :

- réduire les retards au diagnostic et assurer le dépistage précoce de certains troubles ;
- organiser et améliorer significativement les parcours des personnes confrontées à des pathologies telles que les troubles schizophréniques et les troubles bipolaires, tant en ce qui concerne les approches thérapeutiques médicamenteuses que non médicamenteuses ;
- mieux repérer et évaluer les troubles du neurodéveloppement (TND) lorsque les points d'appel sont les comorbidités psychiatriques ;
- adapter les modalités de prise en charge en fonction de l'évolution de la personne, en intégrant les volets somatique et social.

Ces travaux s'inscriront dans une démarche collaborative et pluriprofessionnelle visant le rétablissement fonctionnel et personnel des personnes concernées, enjeu majeur dans l'amélioration des pratiques actuelles.

Ces grandes orientations et les travaux qui sont inscrits au programme « santé mentale et psychiatrie » 2025-2030 de la HAS pourront être modifiés en tenant compte :

- des évolutions scientifiques ;
- des nouvelles saisines ;
- des échanges avec les membres du nouveau comité santé mentale et psychiatrie de la HAS, constitué en parallèle de ce programme (cf. ci-avant) ;
- des résultats des études de cadrage et de faisabilité qui seront conduites pour les différents travaux envisagés.

⁸ Haute Autorité de santé – Programme « psychiatrie et santé mentale » de la HAS (has-sante.fr)

Travaux inscrits au programme pluriannuel « santé mentale et psychiatrie » 2025-2030

Le programme « santé mentale et psychiatrie » 2025-2030 est organisé autour de **9 thèmes principaux** décrits ci-après.

Pour chacun des **8 premiers thèmes**, un programme prévisionnel d'actions coordonnées visant à répondre aux besoins des usagers, de leurs familles/proches et des professionnels est présenté, envisageant :

- l'élaboration de recommandations, guides de bonne pratique et parcours de soins et de santé ;
- le développement d'indicateurs de qualité et de sécurité des soins (IQSS) et d'indicateurs de qualité des parcours ;
- l'actualisation des IQSS existants ;
- le suivi et l'exploitation des événements indésirables graves liés aux soins (EIGS) ;
- l'intégration des recommandations, guides de bonne pratique et parcours de soins et de santé :
 - dans la certification des établissements de santé pour la qualité des soins,
 - dans l'évaluation des établissements et services sociaux et médico-sociaux (ESSMS) ;
- l'élaboration de fiches de bon usage du médicament (BUM) ;
- et/ou l'évaluation de produits de santé, dont l'évaluation d'actes, notamment de biologie, génétique et pharmacogénétique.

Par ailleurs, dans chacun de ces thèmes :

- les questions liées aux apports potentiels du numérique et aux jalons à mettre en place dans les usages du numérique spécifiquement dans les parcours de santé liés à la santé mentale et à la psychiatrie seront prises en compte ;
- la pertinence d'élaborer des documents à destination des usagers sera évaluée, au regard des besoins d'information identifiés et des canaux de diffusion existants. La perspective de partenariats avec des associations ou des organismes qui pourraient élaborer des supports d'information des usagers pourra également être étudiée.

Le **thème 9** est dédié à la certification des établissements de santé pour la qualité des soins. Il aborde notamment les évolutions du référentiel de certification dans le champ de la santé mentale et de la psychiatrie et prévoit des bilans itératifs des résultats de certification pour les établissements ayant une autorisation d'activité en psychiatrie.

Certains des travaux présentés dans le cadre de ce programme « santé mentale et psychiatrie » font déjà partie des **travaux programmés dans l'activité de la HAS**, définis chaque année. Il est possible de s'y référer pour connaître les échéanciers actualisés des travaux du programme pluriannuel « santé mentale et psychiatrie⁹ ». D'autres travaux constituent des perspectives de travail à échéance plus lointaine et nécessitent des études préalables de cadrage et de faisabilité.

- Étant donné le large champ de ce programme « santé mentale et psychiatrie », son avancement dépendra des moyens qui pourront lui être affectés. Les axes définis comme prioritaires seront publiés chaque année dans le cadre d'une feuille de route.
- [La feuille de route pour l'année 2025](#) est consultable sur le site internet de la HAS

⁹ [Haute Autorité de santé - Productions programmées](#)

Thèmes du programme « santé mentale et psychiatrie » 2025-2030

Thème 1

Troubles schizophréniques et troubles bipolaires

Thème 2

Santé mentale et psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent

Thème 3

Droits des patients et des personnes accompagnées, pair-aidance et alliance thérapeutique

Thème 4

Accompagnement et soutien des familles et des proches

Thème 5

Santé mentale et psychiatrie de la personne âgée

Thème 6

Soins en psychiatrie aux patients détenus et soins pénalement ordonnés

Thème 7

Santé mentale, psychiatrie et addictions

Thème 8

Troubles du neurodéveloppement (TND)

Thème 9

Certification des établissements de santé autorisés en psychiatrie pour la qualité des soins

10. Autres thèmes

Travaux envisagés dans chaque thème

Thème 1 - Troubles schizophréniques et troubles bipolaires

- Repérage précoce et prise en charge des psychoses émergentes
- Diagnostic, évaluation, prise en charge et parcours de soins et d'accompagnement des troubles schizophréniques
- Diagnostic, évaluation, prise en charge et parcours de soins des troubles bipolaires
- Prévention, repérage et prise en charge des comorbidités somatiques

Thème 5 - Santé mentale et psychiatrie de la personne âgée

- État dépressif de la personne âgée : prévention, diagnostic, diagnostic différentiel et prise en charge
- Idées et conduites suicidaires chez la personne âgée : prévention, repérage, évaluation et prise en charge
- Autonomie et parcours de soins et d'accompagnement en santé mentale et psychiatrie de la personne âgée
- Troubles psychiques et troubles cognitifs de la personne âgée : coordination médecine générale, psychiatrie, neurologie et gériatrie

Thème 2 - Santé mentale et psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent

- Hospitalisation à temps plein des enfants et des adolescents en psychiatrie : indications, modalités de prise en charge, place dans le parcours et droits des patients
- Prévention et prise en charge des moments de violence dans l'évolution clinique des enfants et des adolescents lors des hospitalisations en psychiatrie
- Continuité de la prise en charge entre services de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent et services de psychiatrie de l'adulte
- Évaluation et prise en charge des troubles de stress post-traumatique, volet enfants

Thème 6 - Soins en psychiatrie aux personnes détenues et soins pénalement ordonnés

- Réévaluation de l'opportunité de travaux HAS sur les soins en psychiatrie aux personnes détenues et les soins pénalement ordonnés

Thème 7 - Santé mentale, psychiatrie et addictions

- Pathologies duelles : repérage et prise en charge des comorbidités addictives chez les personnes avec troubles schizophréniques ou bipolaires
- Repérage de tous les usages et accompagnement de chaque personne dès le premier recours pour diminuer le risque alcool pour tous

Thème 3 - Droits des patients et des personnes accompagnées, pair-aidance et alliance thérapeutique

- Plan de prévention partagé et personne de confiance en psychiatrie
- Pair-aidance en santé mentale et psychiatrie
- Construction et étayage de l'alliance thérapeutique en psychiatrie dans le parcours de soins et d'accompagnement de la personne
- Accompagnement de la personne nécessitant une mesure de protection juridique dans l'exercice de ses droits et vers un parcours inclusif

Thème 8 - Troubles du neurodéveloppement (TND)

- Trouble du spectre de l'autisme (TSA) : interventions et parcours de vie du nourrisson, de l'enfant et de l'adolescent
- Accompagnement de la personne présentant un trouble du développement intellectuel (TDI) - Volet 2
- Trouble déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité (TDAH) : repérage, diagnostic et prise en charge des adultes
- Repérage, évaluation, diagnostic et prise en charge des troubles dys
- Traitements médicamenteux chez les adultes, enfants et adolescents ayant un trouble du spectre de l'autisme (TSA) et/ou un trouble du développement intellectuel (TDI), notamment en situation complexe ou très complexe

Thème 4 - Accompagnement et soutien des familles et des proches

- Information, réponses et soutien dédiés aux familles/proches de personnes ayant des troubles psychiques
- Accompagnement et soutien des familles/proches lors de l'hospitalisation d'un patient en psychiatrie (en amont, pendant et en aval)

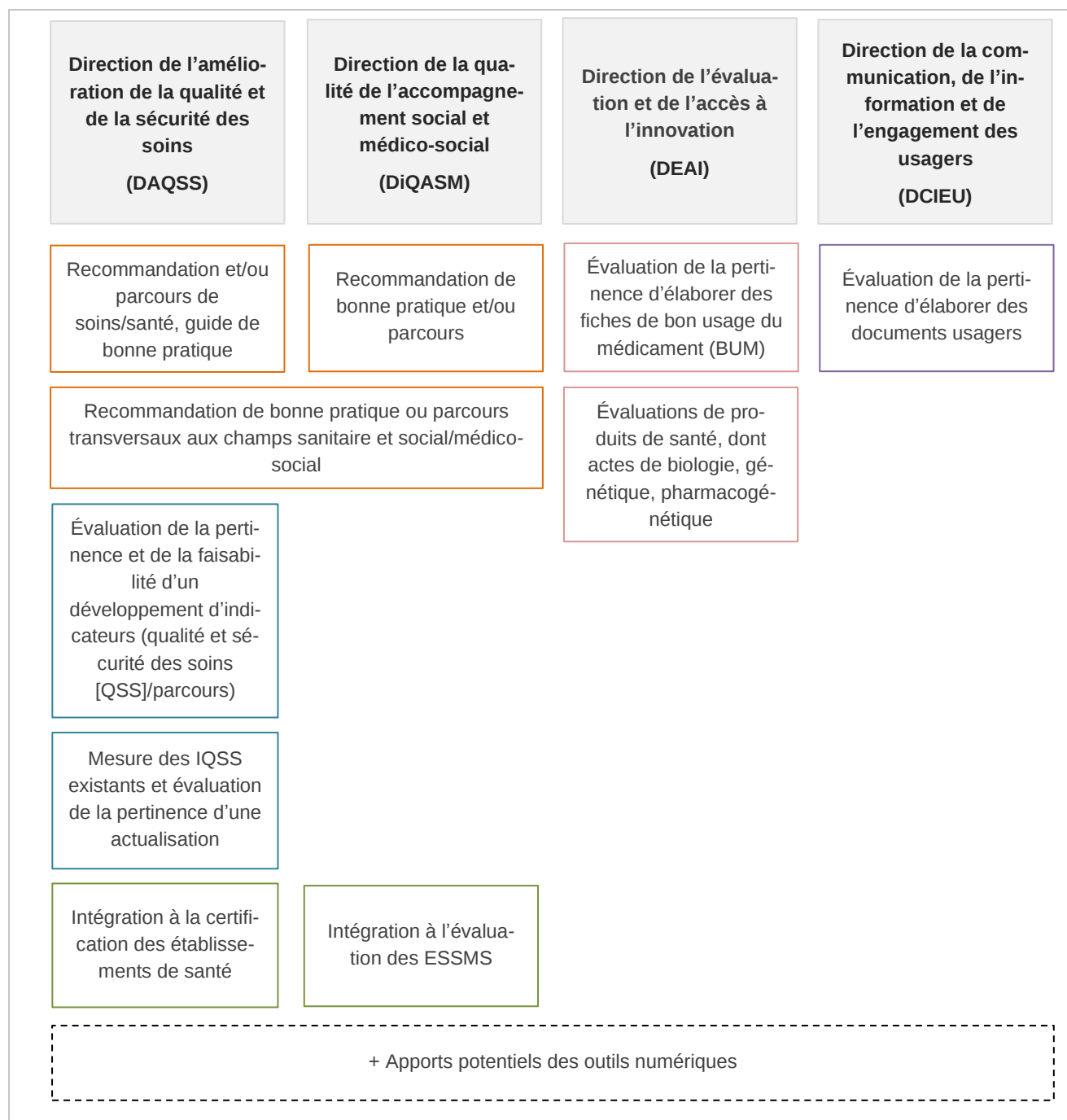
Thème 9 - Certification des établissements de santé autorisés en psychiatrie pour la qualité des soins

- Bilans itératifs de la certification des établissements de santé pour la qualité des soins
- Évolutions du référentiel de certification (6^{ème} cycle)

10. Autres thèmes

- Coordination entre le médecin généraliste et les différents acteurs de soins dans la prise en charge des patients adultes souffrant de troubles psychiques - actualisation
- Prévention, repérage, évaluation et prise en charge des idées et conduites suicidaires chez les exploitants et salariés agricoles
- Santé mentale des réfugiés et des migrants

Programme prévisionnel d'actions HAS identifiées dans chaque thème – exemple



Thème 1. Troubles schizophréniques et troubles bipolaires

La **schizophrénie** est associée :

- à un risque de décès prématuré 2 à 3 fois plus élevé qu'en population générale (20) ;
- à un risque élevé de tentatives de suicide : « 1 patient sur 2 fera au moins une tentative de suicide, 10 % en décèdent » (21) ;
- à une comorbidité addictive (hors tabac) chez près de la moitié des patients (22) ;
- à un faible taux d'emploi en Europe : entre 80 et 90 % des patients seraient sans emploi (23, 24) ;
- à de fortes prévalences au sein de la population sans domicile dans les pays à revenus élevés : 12,4 % si l'on élargit à l'ensemble du spectre (intervalle de confiance à 95 % : 9,5 %-15,7 %) (25).

En France :

- elle est le motif de recours aux prises en charge à temps complet ou partiel en psychiatrie le plus fréquent chez les hommes (26 % ; 16 % chez les femmes en 2020) (26) ;
- et représentait 52 % des hospitalisations au long cours en psychiatrie en 2011 (27).

La dernière conférence de consensus dans le domaine de la schizophrénie date de 2003 (28). Depuis, de nombreux progrès ont été réalisés dans sa prise en charge mais la diffusion de ces progrès thérapeutiques et leur mise à disposition pour les patients ont été décrites comme n'étant pas homogènes sur le territoire français (29).

Les **troubles bipolaires** sont potentiellement chroniques, invalidants et souvent associés à des comorbidités telles que des troubles anxieux, addictions, troubles de la personnalité et troubles déficits de l'attention avec ou sans hyperactivité (TDAH) ainsi qu'à un taux annuel de tentatives de suicide plus important qu'en population générale (30-32).

Il s'agit de troubles de l'humeur alternant épisode(s) maniaque(s) ou hypomaniaque(s) (exaltation de l'humeur, agitation psychomotrice) et épisode(s) dépressif(s) avec des intervalles de rémission (33). L'âge de début des troubles bipolaires se situe entre 15 et 25 ans (32, 33).

Chez les adultes, la prévalence de ces troubles sur la vie entière a été estimée à environ 1 % pour les troubles bipolaires de type I (épisodes maniaques et dépressifs) et à environ 0,4 % pour les troubles bipolaires de type II (épisode(s) hypomaniaque(s) et dépressifs). Les troubles bipolaires sont très rares chez les enfants de moins de 12 ans (30).

- **Face au poids de ces pathologies, les troubles schizophréniques et bipolaires figurent dans les axes prioritaires de ce nouveau programme et feront respectivement l'objet d'une série de recommandations de bonne pratique, en vue d'améliorer leur repérage, leur diagnostic, leur évaluation et leur prise en charge.**
- **Ces recommandations seront suivies de travaux visant à définir des parcours de soins et à améliorer la coordination du parcours de soins et d'accompagnement.**
- Elles viendront compléter le protocole national de diagnostic et de soins (PNDS) relatif à la [schizophrénie à début précoce](#) publié en 2022, dont l'objectif est de « guider le circuit de diagnostic et de soins des enfants et adolescents de moins de 15 ans qui présentent des symptômes psychotiques » (34).

1. Repérage précoce et prise en charge des psychoses émergentes

Les troubles schizophréniques sont souvent difficiles à diagnostiquer au début de l'affection, le diagnostic pouvant ainsi être posé au terme d'une période de plusieurs mois, voire années, après le premier épisode psychotique.

Les premiers symptômes apparaissent souvent chez de jeunes adultes (période fréquemment associée à une transition vers une vie autonome) mais peuvent survenir à tous âges (35). Ils débutent fréquemment par des symptômes à haut risque d'évolution vers des troubles du spectre schizophrénique. « Seul un tiers des personnes concernées évolueront vers un premier épisode psychotique, parmi lesquels un peu plus de la moitié évoluera ultérieurement vers une schizophrénie chronique » (21). Ces symptômes à haut risque sont caractérisés par des symptômes non spécifiques (tels que des troubles du sommeil), des symptômes psychotiques atténués ou transitoires, et sont souvent associés à une altération du fonctionnement (35, 36). Des épisodes aigus peuvent ensuite survenir, marqués par des symptômes plus prononcés, tels que des hallucinations, des idées délirantes et des troubles du comportement (35).

→ **Les travaux conduits par la HAS auront pour objectif d'améliorer le repérage précoce des psychoses émergentes ainsi que leur prise en charge, dans un contexte d'incertitude diagnostique.**

2. Diagnostic, évaluation, prise en charge et parcours de soins (incluant les soins de réhabilitation psychosociale) et d'accompagnement des troubles schizophréniques

2.1. Recommandations de bonne pratique

Plusieurs recommandations de bonne pratique seront élaborées en vue d'améliorer notamment :

- **le diagnostic et l'évaluation des troubles schizophréniques ;**
 - **l'usage des psychotropes dans la prise en charge des troubles schizophréniques** (incluant les indications, le suivi, y compris des effets secondaires, l'adaptation, la réduction et la perspective de l'arrêt des psychotropes) ;
 - **les prises en charge non médicamenteuses** (incluant les soins de réhabilitation psychosociale ainsi que l'évaluation cognitive sur laquelle ils s'appuient [cf. encadré ci-après]).
- Ces travaux aborderont également la recherche de comorbidités psychiatriques et leur prise en charge médicamenteuse et non médicamenteuse, ainsi que la recherche de TND éventuellement associés et de maladies rares en lien avec les symptômes psychotiques.

Soins de réhabilitation psychosociale

Une auto-stigmatisation importante, associée à des représentations négatives sur soi-même, concernerait en moyenne 31 % des personnes avec troubles psychiques sévères, des variations étant observées entre zones géographiques (37). Une démarche de réhabilitation vise à permettre au patient d'être acteur de son parcours par une valorisation de « ses compétences sociales, ses performances cognitives, sa motivation et ses capacités d'adaptation », « pour surmonter ou contourner son handicap psychique ou ses incapacités » (38).

L'instruction n° DGOS/R4/2019/10 du 16 janvier 2019 relative au développement des soins de réhabilitation psychosociale sur les territoires définit son objectif comme étant « de garantir aux personnes vivant avec des troubles mentaux invalidants, ou connaissant des limitations des fonctions et des habiletés sociales en raison de leur pathologie, un accès à ces soins dans une trajectoire de rétablissement, par une meilleure prise en compte de leurs capacités, de leurs compétences et de leurs choix ». Elle précise que ces soins reposent sur la mise en œuvre de thérapies telles que des programmes d'éducation thérapeutique, de remédiation cognitive, d'entraînement des compétences et des habiletés sociales, des psychothérapies cognitivo-comportementales et des programmes de soutien des familles.

Les travaux conduits par la HAS viseront notamment à préciser les critères d'orientation d'une personne vers une évaluation cognitive ainsi que les modalités de cette évaluation, en vue de la construction et de la mise en œuvre d'un projet de soins de réhabilitation psychosociale. Il s'agira également d'éclairer certains outils constitutifs de la réhabilitation psychosociale, tels que l'éducation thérapeutique, la remédiation cognitive, l'entraînement des compétences et des habiletés sociales et les programmes de soutien des familles.

2.1. Parcours de soins et d'accompagnement

Les personnes avec troubles schizophréniques à risque ou en situation de handicap psychique ont besoin, tout au long de leur parcours, de soins psychiatriques et d'accompagnements médico-sociaux articulés qui leur permettent notamment d'accéder à un logement et de s'y maintenir, d'accéder à des études si elles le souhaitent, à un emploi qui leur convienne et à une participation à la vie sociale et citoyenne, par des solutions adaptées à leurs besoins et projets. L'accès à ces soins et accompagnements ainsi que leur continuité, dans un contexte où les personnes ont parfois des difficultés à demander de l'aide, impliquent une coordination des acteurs des champs sanitaire, médico-social et social, y compris au tout début du parcours et par le repérage, la prévention et la gestion des situations de crise susceptibles de survenir dans le cadre de la maladie et pouvant être à l'origine de ruptures (39, 40).

- Les recommandations de bonne pratique évoquées ci-avant seront suivies de travaux visant à élaborer un parcours de soins et d'accompagnement, incluant la télésanté et le développement de l'interopérabilité des outils de partage d'informations.
- Ils s'attacheront notamment à identifier les leviers et conditions susceptibles d'améliorer la coordination entre les acteurs du soin psychiatrique et de l'accompagnement médico-social et social dans le cadre du parcours de soins et d'accompagnement des personnes avec troubles schizophréniques et à risque ou en situation de handicap psychique.

3. Diagnostic, évaluation, prise en charge et parcours de soins des troubles bipolaires

- Des recommandations de bonne pratique seront élaborées dans le but d'améliorer le diagnostic, l'évaluation et la prise en charge des troubles bipolaires. L'opportunité d'actualiser la fiche Mémo « [Patient avec un trouble bipolaire : repérage et prise en charge initiale en premier recours](#) » (33) sera notamment évaluée dans ce cadre.
- Ces recommandations seront suivies d'un parcours de soins.

4. Prévention, repérage et prise en charge des comorbidités somatiques

Comme évoqué précédemment, en France, l'espérance de vie à 15 ans des personnes vivant avec un trouble psychique a été estimée comme étant réduite en moyenne de 16 ans pour les hommes et de 13 ans pour les femmes, avec des taux de mortalité prématurée quatre fois plus élevés qu'en population générale (10). La surmortalité observée chez les personnes ayant des pathologies psychiatriques sévères a par ailleurs été estimée comme étant à environ 60 % attribuable à des maladies somatiques, plus prévalentes qu'en population générale et à l'origine de conséquences plus graves (11).

Récemment, des inégalités dans le parcours de soins pour cancer du sein ont également été mises en évidence en France pour les femmes vivant avec un trouble psychique sévère et persistant, avec notamment : un moindre accès aux examens diagnostiques, un premier traitement reçu moins souvent dans des délais considérés comme « adéquats », un plus grand recours à des traitements plus invasifs et une surmortalité par cancer, par comparaison aux témoins indemnes de troubles psychiques (41).

- En 2015, la Fédération française de psychiatrie (FFP) a publié, dans le cadre d'un label HAS, des recommandations relatives à la [prise en charge somatique des patients ayant une pathologie psychiatrique sévère et chronique](#) (42).
- La HAS évaluera l'opportunité d'actualiser et/ou de compléter ces recommandations.

Travaux en cours dans le cadre du programme « psychiatrie et santé mentale » 2018-2023

La HAS mesure la qualité et la sécurité des soins en psychiatrie depuis 2010 à partir d'audits du dossier patient. Les IQSS concernent l'hospitalisation à temps plein et le périmètre de l'ambulatoire (centres médico-psychologiques [CMP]). La HAS mesure chaque année une partie des indicateurs validés afin de permettre un suivi des actions menées pour améliorer les pratiques, plusieurs d'entre eux concernant la santé somatique des personnes ayant des troubles psychiques :

- pour le périmètre « hospitalisation à temps plein » : qualité de la lettre de liaison à la sortie ; évaluation et prise en charge de la douleur somatique ; évaluation cardiovasculaire et métabolique chez les patients adultes ; évaluation gastro-intestinale chez les patients adultes ; repérage et proposition d'aide à l'arrêt des addictions chez les patients adultes ;
- pour le périmètre « ambulatoire » et plus particulièrement les patients pris en charge en CMP : vigilance cardiovasculaire et métabolique ; repérage et proposition d'arrêt des addictions ; lien entre l'hôpital (CMP) et la ville dans le champ des soins somatiques.

Les [derniers résultats disponibles](#) ont été publiés fin 2024.

Dans le cadre de la certification des établissements de santé pour la qualité des soins, le suivi somatique des personnes ayant des troubles psychiques fera l'objet d'un renforcement des attendus (cf. thème 9 ci-après).

Programme prévisionnel d'actions HAS : troubles schizophréniques et troubles bipolaires

DAQSS	DiQASM	DEAI	DCIEU
Repérage précoce et prise en charge des psychoses émergentes		Évaluation de la pertinence d'élaborer des fiches BUM	Évaluation de la pertinence d'élaborer des documents usagers
Diagnostic, évaluation, prise en charge et parcours de soins et d'accompagnement des troubles schizophréniques		Évaluations de produits de santé, dont actes de biologie, génétique, pharmacogénétique ?	
Diagnostic, évaluation, prise en charge et parcours de soins des troubles bipolaires			
Prévention, repérage et prise en charge des comorbidités somatiques (évaluation de la pertinence d'une actualisation et/ou compléments)			
Évaluation de la pertinence et de la faisabilité d'un développement d'indicateurs (QSS/parcours)			
Mesure des IQSS existants et évaluation de la pertinence d'une actualisation			
Intégration à la certification des établissements de santé	Intégration à l'évaluation des ESSMS		

DAQSS : direction de l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins ; DiQASM : direction de la qualité de l'accompagnement social et médico-social ; DEAI : direction de l'évaluation et de l'accès à l'innovation ; DCIEU : direction de la communication, de l'information et de l'engagement des usagers.

Thème 2. Santé mentale et psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent

De nombreux rapports documentent depuis plusieurs années les difficultés auxquelles est confrontée la psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent 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 ayant des troubles psychiques, mais également de mieux prévenir la survenue de ces troubles ([43-46](#)).

→ **L'enjeu du repérage des signes d'alerte et des facteurs de risque chez les adolescents est déterminant et figurera dans les travaux portés par la HAS. Il sera notamment abordé dans le cadre des travaux portant sur le repérage précoce et la prise en charge des psychoses émergentes, intégrés au thème 1 ci-avant.**

Aborder la question de la santé mentale et de la psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent supposera de réfléchir à la continuité entre psychiatrie et questions sociales : depuis la périnatalité jusqu'à l'âge adulte, soigner et accompagner un enfant nécessite de tenir compte de son environnement familial, mais aussi de tous les acteurs qui participent à son développement : école, éducation, établissements et services médico-sociaux, justice, établissements et services de l'aide sociale à l'enfance (ASE) et de la protection judiciaire de la jeunesse (PJJ), etc. Il s'agira donc de proposer au sein de la HAS une approche ouverte mobilisant les différentes directions et acteurs concernés par cette question de l'enfant.

Les nouveaux travaux inscrits au programme « santé mentale et psychiatrie » 2025-2030 viendront compléter les productions de la HAS déjà publiées en lien avec ce thème :

- [Idées et conduites suicidaires chez l'enfant et l'adolescent : prévention, repérage, évaluation et prise en charge](#) (2021) ;
- [Boulimie et hyperphagie boulimique : repérage et éléments généraux de prise en charge](#) (2019) ;
- [Prévention de la violence entre les mineurs adolescents au sein des établissements d'accueil](#) (2019) ;
- [Prendre en compte 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](#) (2018) ;
- [Accompagnement des mineurs non accompagnés dits « Mineurs isolés étrangers \(MNA\) »](#) (2018) ;
- [Patient avec un trouble bipolaire : repérage et prise en charge initiale en premier recours](#) (2015) ;
- [Manifestations dépressives à l'adolescence : repérage, diagnostic et prise en charge en soins de premier recours](#) (2014).

Les travaux suivants sont en cours dans le cadre du programme « psychiatrie et santé mentale » 2018-2023 :

- [Santé et troubles psychiques en période périnatale, influence du contexte sur le développement : repérer, évaluer, orienter et prendre en charge](#) ;
- [Coordination entre protection de l'enfance et psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent.](#)

1. Hospitalisation à temps plein des enfants et des adolescents en psychiatrie : indications, modalités de prise en charge, place dans le parcours et droits des patients

Plusieurs rapports ont alerté sur l'absence de lits d'hospitalisation à temps plein en psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent sur certains territoires (huit départements en étaient dépourvus en 2021 selon la Cour des comptes) et souligné la nécessité de poursuivre le renfort de l'offre d'hospitalisation dans les endroits où cela est nécessaire ([43](#), [45](#)). Par ailleurs, depuis septembre 2022, l'activité de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent concerne les enfants et adolescents jusqu'à l'âge de 18 ans¹⁰ (16 ans auparavant), dans un contexte où les taux d'occupation élevés dans les services d'hospitalisation à temps plein en psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent rendent difficile l'accueil de ces nouveaux patients ([43](#)).

Ainsi, l'insuffisance ou l'absence de lits d'hospitalisation en psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent peut conduire à ce qu'aucune solution satisfaisante ne puisse être proposée aux enfants nécessitant une prise en charge à temps plein car, si les services de pédiatrie peuvent accueillir certains enfants suivis par une équipe de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, ils n'ont pas vocation à assurer, par défaut, l'hospitalisation à temps plein des pathologies pédopsychiatriques.

Cette situation voit certains enfants nécessitant une hospitalisation à temps plein laissés à la charge des familles, des structures de protection de l'enfance ou hospitalisés en services de psychiatrie de l'adulte, dans une promiscuité avec des patients adultes qui n'est pas sans risques ([47](#), [48](#)). Le Contrôleur général des lieux de privation de liberté (CGLPL) a en effet signalé plusieurs situations d'enfants hospitalisés dans des services de psychiatrie de l'adulte, en chambre individuelle et régulièrement en chambre d'isolement, ainsi que d'autres situations non respectueuses des droits des mineurs hospitalisés, telles que celles d'enfants hospitalisés en psychiatrie alors qu'ils relèvent de structures sociales ou médico-sociales ([47](#)).

→ Les travaux porteront sur l'identification des situations dans lesquelles une hospitalisation à temps plein en psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, qu'elle soit programmée ou non, est indiquée et interrogeront la place de l'hospitalisation et les modalités de sa mise en œuvre dans le parcours de santé de l'enfant et de l'adolescent (incluant notamment les prises en charge en ambulatoire et à temps partiel), en fonction notamment de sa pathologie et de son contexte de vie, dans le respect de ses droits et en lien avec sa famille.

2. Prévention et prise en charge des moments de violence dans l'évolution clinique des enfants et des adolescents lors des hospitalisations en psychiatrie

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 psychiatrie](#) » ([49](#)). Ces productions avaient notamment pour objectif de contribuer à une évolution des pratiques qui permette de prévenir et de limiter le recours à l'isolement et à la contention, ceux-ci devant être mobilisés exclusivement en dernier recours.

¹⁰ [Article R. 6123-175](#) du Code de la santé publique.

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 de l'enfant et de l'adolescent.

Dans son rapport « Les droits fondamentaux des mineurs en établissement de santé mentale », le CGLPL fait état de pratiques d'isolement chez les mineurs et rapporte une faible 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) » (50).

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 psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, 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 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.**

3. Continuité de la prise en charge entre services de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent et services de psychiatrie de l'adulte

Pour un adolescent ayant des troubles psychiques, le passage de la psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent à la psychiatrie de l'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 soins (51). Selon une enquête réalisée au centre hospitalier de Montpellier, 48 % des adolescents pour lesquels un relais des services de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent aux services de psychiatrie de l'adulte a été mis en place ont expérimenté une période de trois mois sans suivi entre les deux types de prise en charge (52). Les chiffres sont similaires au Royaume-Uni, près de 50 % des adolescents atteignant l'âge de cette période de relais, aussi appelée période de transition, n'étaient pas pris en charge par les services de psychiatrie de l'adulte dans les suites de leur parcours (53).

Plusieurs barrières potentielles à une transition optimale peuvent être identifiées : manque d'évaluation des projets et des besoins des personnes, échanges et partages d'informations insuffisants, différences entre les organisations des services de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent et de psychiatrie de l'adulte et méconnaissance réciproque de ces organisations, manque de protocoles partagés pour organiser la transition, degré de maturité des adolescents, résistance des familles à la transition, etc. (53).

→ **Dans ce contexte, la HAS se propose de définir les critères permettant de garantir aux usagers une transition de qualité entre les services de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent et les services de psychiatrie de l'adulte afin de favoriser la continuité de la prise en charge.**

4. Évaluation et prise en charge des troubles de stress post-traumatique, volet enfants

Les situations traumatogènes, quelle qu'en soit l'origine (violences volontaires physiques, sexuelles et psychiques, morts violentes, catastrophes, attentats, accidents graves, guerres, expositions traumatiques dans le cadre de l'exercice professionnel, etc.), ont de multiples conséquences sur la santé psychique et physique des personnes. Elles peuvent notamment être à l'origine de multiples troubles psychiques, regroupés sous le titre des psychotraumatismes ou syndromes psychotraumatiques, incluant les troubles de stress post-traumatique (54).

La prévalence vie entière des syndromes psychotraumatiques, complets ou partiels, est estimée à 4,6 % de la population générale en France (55) et les troubles de stress post-traumatique concerneraient entre 1 et 2 % de la population (56).

Les bébés, les enfants et les adolescents sont particulièrement vulnérables vis-à-vis des syndromes psychotraumatiques et l'impact des événements traumatogènes est d'autant plus néfaste qu'ils surviennent tôt dans la vie de la personne. Il est estimé que plus de deux tiers des enfants et des adolescents ont vécu au moins un événement traumatogène au cours de leur vie, qu'un tiers d'entre eux en a vécu de façon répétée et qu'au moins 20 % d'entre eux ont développé par la suite un syndrome psychotraumatique (57-59).

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 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.

Un travail est en cours d'élaboration concernant la population adulte (note de cadrage), en lien avec le Centre national de ressources et de résilience (CN2R). Les recommandations produites auront pour objectif d'informer sur les conséquences des troubles de stress post-traumatique et leur prise en charge, pour sensibiliser au repérage et au soin. Elles fourniront des outils pour les professionnels prenant en charge les victimes : médecins de ville (incluant les médecins généralistes), services de pédiatrie, de psychiatrie, services médico-psychologiques régionaux (SMPR) en établissements pénitentiaires, unités parents-bébés, unités d'accueil pédiatriques enfants en danger (UAPED), unités médico-judiciaires (UMJ), cellules d'urgences médico-psychologiques (CUMP), médecins du travail, etc.

→ Une déclinaison de ces recommandations concernant les bébés, enfants et adolescents est prévue dans un second temps, ainsi que la production de fiches outils à destination des professionnels des ESSMS. Le périmètre précisément concerné au sein des ESSMS et la méthodologie adoptée restent à préciser.

La pertinence d'élaborer **une fiche BUM** ou un **document d'information sur les thérapeutiques** sera également évaluée dans ce thème, en lien avec les constats formulés dans le cadre du rapport « Améliorer la qualité du système de santé et maîtriser les dépenses – propositions de l'Assurance maladie pour 2025 » [\(4\)](#), mettant en évidence :

- une forte progression des effectifs de jeunes traités par antidépresseurs (+ 60 %) ou antipsychotiques (+ 38 %) entre 2019 et 2023 ;
- que 79% des épisodes de traitement par antidépresseurs des jeunes de 12 à 25 ans durent moins de 6 mois et que 9 % d'entre eux durent plus d'un an (la durée totale préconisée du traitement antidépresseur d'un épisode dépressif caractérisé se situant entre 6 mois et un an pour un épisode dépressif caractérisé chez l'adolescent, une psychothérapie étant recommandée en première intention [\(60\)](#)).

Programme prévisionnel d'actions HAS : santé mentale et psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent

DAQSS	DEAI	DiQASM	DCIEU
Hospitalisation à temps plein des enfants et des adolescents en psychiatrie : indications, modalités de prise en charge, place dans le parcours et droits des patients	Évaluations de produits de santé, dont actes de biologie, génétique, pharmacogénétique ?		Évaluation de la pertinence d'élaborer des documents usagers
Prévention et prise en charge des moments de violence dans l'évolution clinique des enfants et des adolescents lors des hospitalisations en psychiatrie	Évaluation de la pertinence d'élaborer des fiches BUM		
Continuité de la prise en charge entre services de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent et services de psychiatrie de l'adulte			
Évaluation et prise en charge des troubles de stress post-traumatique, volet enfants			
Évaluation de la pertinence d'élaborer un document d'information sur les thérapeutiques			
Évaluation de la pertinence et de la faisabilité d'un développement d'indicateurs (QSS/parcours)			
Intégration à la certification des établissements de santé			

DAQSS : direction de l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins ; DiQASM : direction de la qualité de l'accompagnement social et médico-social ; DEAI : direction de l'évaluation et de l'accès à l'innovation ; DCIEU : direction de la communication, de l'information et de l'engagement des usagers.

Thème 3. Droits des patients et des personnes accompagnées, pair-aidance et alliance thérapeutique

La question des droits et de la participation des patients et des personnes accompagnées, qui est l'objet de ce thème et de travaux dédiés, sera également abordée de façon transversale dans l'ensemble des thèmes de ce programme.

1. Plan de prévention partagé¹¹ et personne de confiance en psychiatrie

Les mesures d'anticipation en psychiatrie (MAP) permettent à la personne concernée de définir par avance un plan de crise et une conduite à tenir en cas de situation de crise, avec la désignation d'une personne de confiance, une prise en charge souhaitée et les informations utiles pour les professionnels et l'entourage. Elles visent à favoriser :

- le dialogue entre la personne concernée, son entourage et les soignants pour la mise en pratique de la décision partagée dans les soins de santé mentale ;
- la prévention des situations de crise ;
- l'intégration de la notion de consentement si une situation de crise survient ;
- l'identification des ressources individuelles et la personnalisation des soins et de l'accompagnement.

Plusieurs études mettent en évidence l'efficacité des MAP pour réduire les soins sans consentement (61, 62). En France, une étude a récemment conclu que les taux de réhospitalisations en soins sans consentement étaient, chez des patients avec schizophrénie, troubles bipolaires de type I et troubles schizo-affectifs, plus faibles lorsqu'il leur était proposé d'élaborer des « directives anticipées en psychiatrie » (*psychiatric advance directives*) avec le soutien d'un pair-aidant que sans ce soutien (27 % de réhospitalisations à un an *versus* 40 %¹²). Le groupe auquel le soutien d'un pair-aidant était proposé présentait également des scores de rétablissement et d'*empowerment* plus élevés. Aucune différence statistiquement significative n'a été observée en termes de taux d'hospitalisation globaux (en soins libres et sans consentement), de qualité de vie et d'alliance thérapeutique (63).

Dans son rapport d'activité 2023, faisant le constat d'une recherche du consentement peu développée dans la plupart des établissements visités, le CGLPL préconise la mise en place systématique d'un recours à une personne de confiance et d'un recueil de « directives anticipées en psychiatrie » ou « contrats de gestion de crise », méthodes qu'il identifie comme permettant de recueillir le consentement « de manière efficace et humaine » (64).

Dans ses guides relatifs à [la prévention et la prise en charge des moments de violence dans l'évolution clinique des patients adultes lors des hospitalisations en services de psychiatrie](#) (49) et [aux programmes de soins psychiatriques sans consentement](#) (65), la HAS a développé deux plans de prévention partagés.

→ Dans la continuité de ces outils, une réflexion sera conduite en vue de développer un outil mobilisable dans un cadre élargi (au-delà des programmes de soins psychiatriques sans consentement et de l'hospitalisation à temps plein en psychiatrie), pour toutes les personnes prises en charge en psychiatrie qui le souhaitent.

¹¹ Également parfois appelés « directives anticipées en psychiatrie ».

¹² 55 % des patients du groupe auquel le soutien d'un pair-aidant était proposé ont complété des « directives anticipées en psychiatrie » (*psychiatric advance directives*), contre 7 % dans le groupe contrôle.

Il s'agira de dégager des orientations pour guider la personne et les professionnels dans la réalisation d'un plan de prévention partagé :

- les thèmes pouvant y être abordés (e.g. préférences de traitements, circonstances devant conduire à une hospitalisation) ;
- les personnes responsables de son élaboration et les personnes y étant éventuellement associées ;
- les conditions dans lesquelles il peut être révisé ;
- les contraintes et les éventuelles difficultés y étant associées.

Le plan de prévention partagé peut également intégrer la désignation d'une personne de confiance, qui fera l'objet d'un focus spécifique dans le cadre de ce travail.

2. Pair-aidance en santé mentale et psychiatrie

La pair-aidance « regroupe un ensemble de pratiques qui procède de formes d'accompagnement ou encore d'entraide et de soutien, par lesquelles une personne s'appuie sur son savoir expérientiel vécu, c'est-à-dire le savoir qu'elle a retiré de sa propre expérience d'une situation vécue, habituellement considérée comme difficile et/ou stigmatisante ou négative (exemple : expérience de vie à la rue, précarité, conduite addictive, troubles psychiatriques, etc.), pour aider d'autres personnes vivant des parcours similaires, des situations comparables. [...] La démarche de pair-aidance s'appuie ainsi sur la transformation de l'expérience en savoir expérientiel, c'est-à-dire en connaissances et compétences construites à partir d'un vécu, permettant d'accompagner comme de soutenir des personnes confrontées à des réalités semblables » (66).

« La pair-aidance peut prendre différentes formes : participation à des groupes de parole au sein d'associations d'usagers, rencontre dans des groupes d'entraide mutuelle (GEM), entraide par l'acquisition de compétences et la construction d'une trajectoire professionnelle dans des collectifs ou encore intégration de pair-aidants bénévoles ou professionnels dans les services de soins et d'accompagnement » (67).

Les savoirs d'expérience issus du vécu des personnes concernées elles-mêmes par la maladie, le handicap, un parcours de rétablissement peuvent être un levier complémentaire des ressources professionnelles soignantes et d'accompagnement. Certains pair-aidants se sont formés et professionnalisés pour accompagner des personnes ayant des troubles psychiques, en collaboration avec les équipes soignantes et d'accompagnement. Les pairs-aidants peuvent intervenir en structures sanitaires, sociales ou médico-sociales, leurs compétences, aux côtés de celles du personnel soignant et d'accompagnement, visant à accroître et compléter les messages de prévention et d'information et pouvant être un atout dans le parcours de rétablissement des personnes accompagnées ou en soins.

L'intervention de ces pair-aidants dans le champ de la santé mentale et de la psychiatrie est un métier émergent (67), non encore officiellement reconnu en France. Les savoir-faire du pair-aidant, ses missions dans les différentes structures sanitaires, mais aussi médico-sociales et sociales, ses interactions avec les autres professionnels varient selon les lieux d'exercice et sont toujours en construction.

→ **L'élaboration d'une recommandation de bonne pratique sur la pair-aidance, déclinée dans divers champs, y compris celui de la santé mentale et de la psychiatrie, est en cours. Ce travail a fait l'objet d'une [note de cadrage](#).**

3. Construction et étayage de l'alliance thérapeutique en psychiatrie dans le parcours de soins et d'accompagnement de la personne

L'alliance thérapeutique couvre l'ensemble des processus interpersonnels sous-tendant l'établissement d'une relation collaborative de décision partagée en vue d'atteindre un objectif thérapeutique (68).

La construction de cette alliance thérapeutique bienveillante, indispensable dans l'ensemble des disciplines médicales, est particulièrement importante en psychiatrie, au regard du champ de l'intime émotionnel concerné, de la fragilité psychique des personnes, des risques de rupture dans les parcours de soins et d'accompagnement, des obstacles que sont la stigmatisation et l'auto-stigmatisation, des mécanismes de non-reconnaissance des troubles et des situations de refus de soins pouvant conduire à la mise en œuvre de soins sans consentement.

Le guide HAS « [Mieux prévenir et prendre en charge les moments de violence dans l'évolution clinique des patients adultes lors des hospitalisations en service de psychiatrie](#) » (49) soulignait que « l'alliance thérapeutique représente en quelque sorte la « colonne vertébrale » du projet thérapeutique individualisé, en psychiatrie tout particulièrement » et précisait que « même pour les personnes en soins sans consentement, la prise en charge doit s'appuyer sur la recherche de cette alliance thérapeutique ».

Le travail envisagé par la HAS sera amené à approfondir les conditions qui favorisent ce processus de coconstruction de l'alliance thérapeutique et l'installation de la confiance indispensable pour que la personne donne accès à l'intimité de son psychisme.

- Quelle écoute de la personne ; de l'expression de ses ressentis et vécus, qu'elle peut avoir des difficultés à se représenter et donc à décrire ; des questions qu'elle n'ose parfois pas poser par peur d'être ridicule ?
- Quel travail relationnel possible sur les attitudes et contre-attitudes des soignants, sur leur démarche d'empathie bienveillante et non jugeante ?
- Comment partager avec la personne les informations sur le diagnostic, sur ce qui justifie les soins, sur les soins en eux-mêmes et sur ce en quoi ils peuvent être utiles¹³ ?
- Comment lui permettre d'exprimer ses préférences, d'éclairer ses choix, l'associer aux évaluations et décisions qui la concernent et parvenir à une représentation partagée sur des objectifs thérapeutiques ?
- Comment entretenir cette alliance thérapeutique et que faire lorsqu'elle est mise à mal ?
- Quelles particularités de la construction de cette alliance en fonction des situations cliniques : lors d'une première consultation, en situation d'urgence, lors d'une visite à domicile, lorsque la personne est en soins sans consentement ?
- Quel travail auprès de l'environnement familial et social peut-il contribuer à la construction de l'alliance thérapeutique avec la personne ?

¹³ Dans le prolongement du guide « [Processus d'annonce d'un diagnostic psychiatrique sévère à un patient adulte : enjeux, principes et place de l'entourage](#) » (2022) (69).

Travaux en cours dans le cadre du programme « psychiatrie et santé mentale » 2018-2023

Un [indicateur de qualité des soins perçue par les patients hospitalisés à temps plein dans un établissement autorisé en psychiatrie](#) est en cours de développement.

L'expérimentation de cet indicateur a été menée sur la base du volontariat de septembre 2023 à septembre 2024.

4. Accompagnement de la personne nécessitant une mesure de protection juridique dans l'exercice de ses droits et vers un parcours inclusif

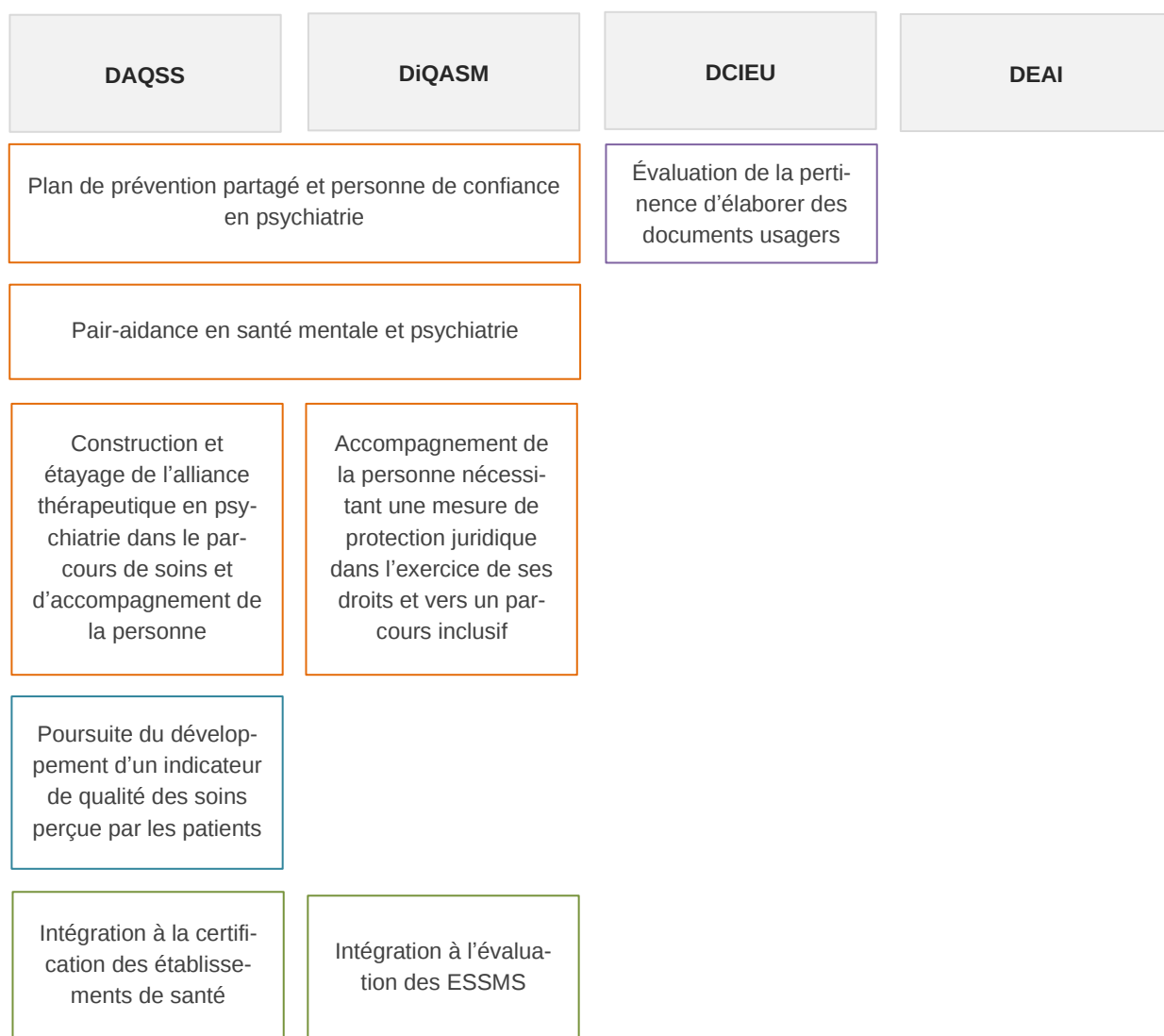
L'exercice d'une mesure de protection juridique est complexe et se traduit par une tension éthique constante dans la prise de décision entre : « sécurité et liberté », « respect des choix de la personne et intérêt du majeur protégé », « autonomie et prise de risque ». De plus, l'exercice du mandat judiciaire s'inscrit dans le parcours global de la personne vulnérable, qui bénéficie d'éventuelles autres formes d'accompagnement professionnel et de soutiens familiaux. Par ailleurs, le rôle de la famille, dont la place est centrale, s'est diversifié (tuteur, co-tuteur, habilité, subrogé, aidant).

Parmi les mesures gérées uniquement par les professionnels en 2016, une étude a montré que 44 % des personnes protégées étaient en situation de handicap psychique et que 11 % connaissaient ou avaient connu un suivi ou une hospitalisation psychiatrique sans bénéficier pour autant d'une reconnaissance d'un handicap ou d'une dépendance liée à l'avancée en âge ([70](#)).

La recommandation élaborée par la HAS ([71](#)) fournit des repères et des outils pour :

- ➔ inscrire le mandat judiciaire dans un parcours global d'accompagnement, en articulant les interventions des différents acteurs ;
- ➔ permettre le développement de l'autonomie de la personne pour décider, agir et favoriser son autodétermination, notamment en limitant autant que possible les actions substitutives, dans le cadre d'une prise de risque calculée et partagée ;
- ➔ lever les obstacles à l'accès aux équipements et services de droit commun et favoriser un parcours de vie inclusif.

Programme prévisionnel d'actions HAS : droits des patients et des personnes accompagnées, pair-aidance et alliance thérapeutique



DAQSS : direction de l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins ; DiQASM : direction de la qualité de l'accompagnement social et médico-social ; DEAI : direction de l'évaluation et de l'accès à l'innovation ; DCIEU : direction de la communication, de l'information et de l'engagement des usagers.

Thème 4. Accompagnement et soutien des familles et des proches

« Les aidants jouent un rôle majeur et croissant dans la société par leur engagement et leur implication auprès de leurs proches affectés par la maladie, le handicap, le manque ou la perte d'autonomie » (72).

Par leur rôle de soutien et d'accompagnement, les familles/proches peuvent être de réels partenaires dans le processus de rétablissement des personnes ayant un trouble psychique (73).

Ils peuvent également être confrontés au refus de la personne de reconnaître sa maladie, de se soigner ou à des moments de violence. Leur implication dans la demande d'hospitalisation peut parfois créer ou aggraver des tensions entre eux et la personne concernée, en particulier dans le cadre des soins sans consentement, qui les impliquent dans des décisions légales complexes.

La famille/les proches peuvent ainsi se trouver démunis dans un vécu anxiogène de culpabilité et de stigmatisation, souffrance qu'il est nécessaire de prendre en compte et à laquelle il est essentiel d'apporter des réponses, ce qui pourra également contribuer au processus d'alliance thérapeutique avec la personne concernée.

La question de l'accompagnement et du soutien des familles et des proches de personnes ayant un trouble psychique, qui est l'objet de ce thème et de travaux dédiés, sera également abordée de façon transversale dans l'ensemble des thèmes de ce programme.

1. Information, réponses et soutien dédiés aux familles/proches de personnes ayant des troubles psychiques

Dans ce contexte, en vue d'améliorer l'information, les réponses et le soutien apportés aux familles/proches de personnes ayant des troubles psychiques, le travail conduit par la HAS visera à éclairer les points suivants.

- Quelles réponses leur apporter lorsqu'ils constatent l'apparition de premiers symptômes pour éviter de retarder le diagnostic avec son corollaire d'errances médicales ?
- Quels accueil, information et accompagnement mettre en œuvre auprès d'eux lors des situations d'urgence ?
- Quels accueil, information et accompagnement mettre en œuvre spécifiquement auprès des membres de la fratrie ?
- Quels relais peuvent être proposés aux familles/proches pour leur éviter l'épuisement physique et psychique ?
- Quels dispositifs doivent-ils être prévus pour rassurer les familles/proches sur la qualité et la sécurité de la prise en charge et de l'accompagnement de la personne qui seront mis en œuvre par les professionnels lorsqu'eux-mêmes seront en grande difficulté ?
- Quel dispositif prévoir pour les accompagner dans les démarches administratives permettant d'accéder à des prestations de compensation du handicap adaptées à la situation de la personne ?

Répit des aidants

Ce travail sera complémentaire à la recommandation relative au [répit des aidants](#) (72), qui aborde différentes situations d'aidance dont celle des aidants de personnes ayant des troubles psychiques. Elle rappelle notamment les conséquences de la situation d'aidance sur les aidants (épuisement physique et psychique, risque d'isolement, perturbation des vies sociales, scolaires, professionnelles, etc.), incluant les jeunes aidants, et s'articule autour de plusieurs axes dont un préalable portant sur le repérage des situations et leur évaluation avant la mise en place de l'accompagnement vers les solutions de répit. Elle évoque également les compétences à renforcer chez les professionnels concernés (professionnels sociaux et médico-sociaux, professionnels de santé, professionnels de l'Éducation nationale, etc.) au regard de la diversité des situations d'aidance et des profils d'aidants (jeunes aidants, aidants vieillissants, aidants actifs, etc.).

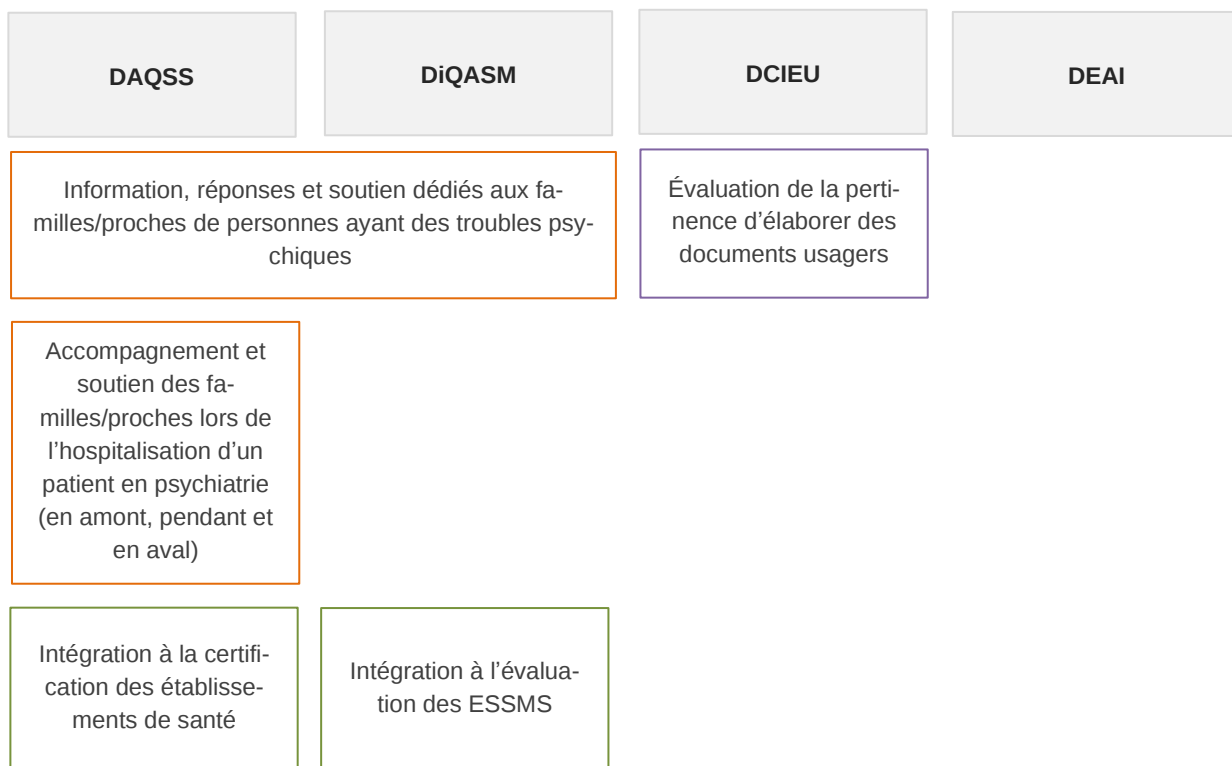
2. Accompagnement et soutien des familles/proches lors de l'hospitalisation d'un patient en psychiatrie (en amont, pendant et en aval)

Sous réserve de l'accord du patient, un travail d'accueil, d'information et d'accompagnement des familles/proches est notamment important dans le cadre d'une hospitalisation, en soins libres ou en soins sans consentement, qui peut être associée à un vécu de mise à distance pour les familles/proches.

Les questions suivantes seront notamment abordées par la HAS dans un travail dédié.

- Quels accueil, information et accompagnement mettre en œuvre auprès des familles/proches lors du premier contact avec les professionnels impliqués dans la prise en charge du patient puis au cours de l'hospitalisation ?
- Quelles sont les conditions et les modalités de la participation des familles/proches à la prise de décision sur les soins ?
- Comment favoriser les conditions d'une alliance thérapeutique globale avec le patient et sa famille/ses proches ?
- Quel devrait être le positionnement des professionnels en cas de situations conflictuelles ?
- Comment garantir la confidentialité au patient ?
- Quelle implication des familles/proches dans l'organisation de la sortie d'hospitalisation et quels contacts éventuels avec les professionnels en aval (en cas de rechute notamment) ?
- Le cas particulier des soins sans consentement : quels accueil, information et accompagnement mettre en œuvre auprès des familles/proches lors de soins sans consentement ?

Programme prévisionnel d'actions HAS : accompagnement et soutien des familles et des proches



DAQSS : direction de l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins ; DiQASM : direction de la qualité de l'accompagnement social et médico-social ; DEAI : direction de l'évaluation et de l'accès à l'innovation ; DCIEU : direction de la communication, de l'information et de l'engagement des usagers.

Thème 5. Santé mentale et psychiatrie de la personne âgée

La responsabilité de toute société vis-à-vis de ses aînés doit nous conduire à être particulièrement attentifs à leurs vulnérabilités et à leurs besoins. L'une des problématiques majeures des soins aux aînés ayant des troubles psychiques est celle de l'accessibilité à des soins prenant en compte leur degré d'autonomie, susceptible d'être restreinte du fait de leurs fragilités et des tableaux cliniques complexes qu'ils présentent, notamment à l'articulation de la psychiatrie, de la gériatrie et de la neurologie.

En lien avec cet enjeu, la formation en psychiatrie de la personne âgée a été reconnue depuis 2017 comme une surspécialisation à part entière (au même titre que la psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent)¹⁴. Le rapport de la Défenseure des droits sur « Les droits fondamentaux des personnes âgées accueillies en établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) » (74), publié en 2021, a également « contribué à une prise de conscience collective de notre société à l'égard du traitement des aînés au sein de ces établissements et du respect de leurs droits et de leur dignité »¹⁵.

1. État dépressif de la personne âgée : prévention, diagnostic, diagnostic différentiel et prise en charge

« L'avancée en âge peut être à l'origine de questionnements (sur son passé, son avenir, le sens de la vie, etc.), voire d'une souffrance existentielle » (75). Selon l'OMS, la dépression unipolaire toucherait 7 % des personnes de 60 ans et plus (76) et le *National Institute for Health and Care Excellence* (NICE) indique qu'en population générale, 20 % des personnes de 65 ans et plus souffriraient de dépression (77).

En premier recours, le diagnostic d'un épisode dépressif caractérisé est souvent difficile chez le sujet âgé, en raison de plaintes somatiques ou de troubles cognitifs au premier plan (78). Par ailleurs, la souffrance psychique des personnes âgées est encore souvent banalisée et mise sur le compte du seul vieillissement (75), alors que la dépression de la personne âgée constitue une pathologie qui ne peut être considérée comme la conséquence d'un vieillissement normal (79).

La dépression, pourtant fréquente chez les personnes âgées, est ainsi très souvent non diagnostiquée et insuffisamment ou non traitée (76, 80).

→ Le travail envisagé par la HAS viendra compléter les recommandations « [Prise en compte de la souffrance psychique de la personne âgée : prévention, repérage, accompagnement](#) » (75) et « [Épisode dépressif caractérisé de l'adulte : prise en charge en premier recours](#) » (78) dans le but d'améliorer la prévention, le diagnostic, le diagnostic différentiel et la prise en charge de la dépression chez la personne âgée.

¹⁴ Arrêté du 21 avril 2017 relatif aux connaissances, aux compétences et aux maquettes de formation des diplômes d'études spécialisées et fixant la liste de ces diplômes et des options et formations spécialisées transversales du troisième cycle des études de médecine

¹⁵ Suivi des recommandations du rapport sur les droits fondamentaux des personnes âgées accueillies en EHPAD, 2023.

2. Idées et conduites suicidaires chez la personne âgée : prévention, repérage, évaluation et prise en charge

Le taux de décès par suicide augmente fortement avec l'âge, en particulier chez les hommes. Il était en 2017 de 5,9 pour 100 000 hommes de 15 à 24 ans et de 49,5 pour 100 000 hommes de 75 ans ou plus (7).

Dans le cadre de la conférence de consensus « La crise suicidaire : reconnaître et prendre en charge », elle a été décrite comme souvent peu apparente et difficile à reconnaître chez la personne âgée. La détermination à se donner la mort a également été identifiée comme augmentant avec l'âge (81), un ratio de l'ordre de quatre tentatives de suicide pour un suicide étant rapporté pour les personnes de plus de 65 ans contre un ratio de 200 tentatives pour un suicide pour les personnes de moins de 25 ans (80, 82).

Plusieurs facteurs de risque spécifiques ont été identifiés : « âge supérieur à 75 ans, le sexe masculin, la perte du conjoint, les maladies somatiques (notamment celles sources de handicap ou de douleur), les changements d'environnement (comme l'entrée en maison de retraite ou une admission à l'hôpital), la perte des rôles, l'isolement, les conflits et la maltraitance, la dépression (quasiment constante même si ses manifestations ne sont pas toujours typiques), l'existence de moyens de suicide par mort violente [...] » (81).

Les EIGS en lien avec des suicides et tentatives de suicide de patients font par ailleurs partie des EIGS les plus déclarés (83). Ils continueront à faire l'objet d'un suivi dont les résultats seront exploités pour en tirer des enseignements pour la sécurité du patient.

→ Dans ce contexte, le travail envisagé visera à produire des recommandations de bonne pratique pour mieux prévenir, repérer, évaluer et prendre en charge les idées et conduites suicidaires chez la personne âgée.

3. Autonomie et parcours de soins et d'accompagnement en santé mentale et psychiatrie de la personne âgée

Les troubles psychiques, fréquents chez les personnes âgées, le sont encore davantage chez celles résidant en institutions, notamment en établissements d'hébergement pour personnes âgées (EHPA) (40).

Ces troubles peuvent se déclarer avec l'avancée en âge (en lien direct avec le vieillissement, avec une maladie somatique ou intriqués avec un trouble neurocognitif) ou peuvent être préexistants. Ils sont associés à un risque de diminution de l'autonomie, nécessitant d'améliorer leur repérage et leur prise en charge, mais également leur prévention, notamment via un accompagnement adapté veillant à limiter la stigmatisation liée à la vieillesse et une entrée trop rapide en institution (77, 84, 85).

→ Dans un contexte d'hétérogénéité de l'offre de soins et d'accompagnement (40), le travail envisagé par la HAS visera à améliorer la lisibilité et la structuration des parcours de soins et d'accompagnement, avec le souci constant de leur adaptation, pour préserver au mieux l'autonomie des personnes âgées ayant des troubles psychiques en fonction de leur état de santé, dans une approche inclusive. Ce travail prendra en compte la coordination avec les professionnels du secteur médico-social, que la personne âgée soit accompagnée en établissement (EHPAD) ou à domicile (services à domicile).

4. Troubles psychiques et troubles cognitifs de la personne âgée : coordination entre médecine générale, psychiatrie, neurologie et gériatrie

Les difficultés rencontrées par les personnes âgées sont encore trop souvent abordées à partir du seul prisme des troubles cognitifs, sans que soient suffisamment pris en compte les troubles psychiques, qui doivent pourtant aussi constituer une porte d'entrée dans le repérage des pathologies de cet âge (78).

En effet, avant que la surspécialisation en psychiatrie de la personne âgée ne soit reconnue en France, « l'offre de soins à destination des personnes âgées s'est développée de façon hétérogène, parfois à l'initiative de la gériatrie, parfois à celle de la psychiatrie », ce qui a pu conduire à des prises en charge plus ou moins centrées sur les démences et maladies neurodégénératives ou sur les troubles psychiques (40).

→ Le travail envisagé par la HAS visera à améliorer la coordination entre médecine générale, psychiatrie, neurologie et gériatrie pour favoriser le repérage, le diagnostic et la prise en charge des troubles psychiques de la personne âgée, tout en veillant à assurer une cohérence et une continuité dans les soins et l'accompagnement mis en œuvre.

Programme prévisionnel d'actions HAS : santé mentale et psychiatrie de la personne âgée

DAQSS	DiQASM	DEAI	DCIEU
État dépressif de la personne âgée : prévention, diagnostic, diagnostic différentiel et prise en charge			Évaluation de la pertinence d'élaborer des documents usagers
Idées et conduites suicidaires chez la personne âgée : prévention, repérage, évaluation et prise en charge			
Autonomie et parcours de soins et d'accompagnement en santé mentale et psychiatrie de la personne âgée			
Troubles psychiques et troubles cognitifs de la personne âgée : coordination entre médecine générale, psychiatrie, neurologie et gériatrie			
Évaluation de la pertinence et de la faisabilité d'un développement d'indicateurs (QSS/parcours)			
Suivi et exploitation des EIGS en lien avec un suicide ou une tentative de suicide			
Intégration à la certification des établissements de santé	Intégration à l'évaluation des ESSMS		

DAQSS : direction de l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins ; DiQASM : direction de la qualité de l'accompagnement social et médico-social ; DEAI : direction de l'évaluation et de l'accès à l'innovation ; DCIEU : direction de la communication, de l'information et de l'engagement des usagers.

Thème 6. Soins en psychiatrie aux personnes détenues et soins pénalement ordonnés

Plusieurs études réalisées en France et à l'étranger font état d'une forte prévalence des troubles psychiques en prison par rapport à la population générale (86-90).

Ces troubles peuvent être présents avant l'incarcération, peuvent être révélés par le stress de la détention chez des personnes ayant un terrain vulnérable ou peuvent être réactionnels à la détention (91, 92). Le milieu pénitentiaire constitue en effet un concentré de facteurs de stress, dont font partie la surpopulation carcérale, la promiscuité, l'isolement physique et affectif, l'inactivité contrainte, l'insalubrité, les relations parfois de mauvaise qualité entre surveillants et détenus et le harcèlement et les menaces entre détenus (93-95). Le taux de mortalité par suicide y serait au minimum multiplié par 3,5 par rapport à la population générale (94).

En France, les soins psychiatriques en milieu pénitentiaire sont organisés en trois niveaux (40, 96) :

- des soins ambulatoires au sein d'unités sanitaires en milieu pénitentiaire (USMP) ;
- des prises en charge à temps partiel, assurées en milieu pénitentiaire, au sein des SMPR ;
- des prises en charge à temps complet, en milieu hospitalier, au sein des unités hospitalières spécialement aménagées (UHSA), des unités pour malades difficiles (UMD) ou des services de psychiatrie.

Que les troubles psychiques soient antérieurs à la détention ou se soient déclarés pendant l'incarcération, la continuité des soins psychiatriques entre l'amont de la détention le cas échéant, le temps de la détention et son aval (incluant les soins pénalement ordonnés) est un enjeu important, au regard notamment de la prévalence de ces troubles chez les personnes écrouées et de la période à risque de rupture que constitue la période suivant immédiatement la fin de la détention. Dans son avis du 14 octobre 2019 relatif à la prise en charge des personnes détenues atteintes de troubles mentaux (97), le CGLPL faisait état d'une prise en charge des personnes détenues atteintes de troubles psychiques inégale et incomplète et soulignait notamment des ruptures pouvant intervenir dans la prise en charge à la fin de la détention.

Dans le cadre de l'élaboration du programme « santé mentale et psychiatrie » 2025-2030, deux perspectives de travaux ont été identifiées sur ce thème :

- un travail sur la continuité des soins en psychiatrie pour les personnes détenues et relevant de soins pénalement ordonnés ;
- et un travail sur la prise en charge des troubles réactionnels à la détention.

En parallèle, la DGS (en partenariat avec la DGOS et le ministère de la Justice) a saisi la HAS sur la prise en charge du risque suicidaire dans le cadre du parcours de santé des personnes écrouées.

Lors de la phase de cadrage initiée sur ces trois travaux, associés à des problématiques fortes, plusieurs acteurs concernés ont fait état de besoins en termes organisationnels et de moyens sur ces sujets mais pas de travaux relevant du champ de compétences de la HAS.

- **Au regard de ces premières conclusions, la HAS réévaluera, avec les parties prenantes et les ministères, l'opportunité de conduire des travaux sur la santé mentale et la psychiatrie des personnes détenues et relevant de soins pénalement ordonnés.**

Programme prévisionnel d'actions HAS : soins en psychiatrie aux personnes détenues et soins pénalement ordonnés



DAQSS : direction de l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins ; DiQASM : direction de la qualité de l'accompagnement social et médico-social ; DEAI : direction de l'évaluation et de l'accès à l'innovation ; DCIEU : direction de la communication, de l'information et de l'engagement des usagers.

Thème 7. Santé mentale, psychiatrie et addictions

1. Pathologies duelles : repérage et prise en charge des comorbidités addictives chez les personnes avec troubles schizophréniques ou bipolaires

L'association d'un trouble addictif et, respectivement, d'un trouble schizophrénique ou d'un trouble bipolaire est fréquente :

- les personnes avec troubles schizophréniques présenteraient un risque plus élevé d'abus ou de dépendance à l'alcool (*odds ratio* [OR] estimé à 3,3) et un risque plus élevé d'abus ou de dépendance aux drogues (OR estimé à 6,2) par rapport à la population générale ([22](#), [98](#), [99](#)) ;
- 40 à 60 % des personnes avec troubles bipolaires auraient une comorbidité addictive et ces personnes auraient 5 fois plus de risque de présenter un trouble lié à l'usage de substances que la population générale ([98-100](#)).

L'association de troubles psychiatriques et de conduites addictives, pathologies duelles, a des conséquences pronostiques : aggravation des symptômes pour les deux troubles, plus grand risque de suicide et moins bonne observance thérapeutique notamment. Elle peut avoir des conséquences psychosociales, avec une augmentation des difficultés financières, des taux de chômage et de sans-abrisme plus élevés, ainsi que des comportements violents et criminels. Enfin, elle a des conséquences sur le parcours des personnes et en termes de coûts : augmentation des recours aux urgences et taux d'hospitalisation plus importants notamment ([100-102](#)).

La HAS travaillera, dans un premier temps, sur les sujets suivants relatifs aux comorbidités psychiatriques et addictives chez les personnes avec troubles schizophréniques ou bipolaires (saisine conjointe de la DGS et de la DGOS)¹⁶ :

- le repérage et la prise en charge des troubles addictifs chez les personnes ayant un trouble schizophrénique ou un trouble bipolaire ;
- le repérage et la prise en charge d'un trouble schizophrénique et d'un trouble bipolaire chez les personnes présentant une addiction ;
- les modalités de prise en charge intégrée des personnes ayant un usage problématique de cannabis et/ou fumeurs intenses de tabac présentant un trouble schizophrénique.

¹⁶ Ces travaux seront conduits en complémentarité des recommandations « [Prévention des addictions et réduction des risques et des dommages \(RdRD\) dans les établissements et services sociaux et médico-sociaux \(ESSMS\)](#) » ([103](#)) et « [Grande précarité et troubles psychiques](#) » ([104](#)).

2. Repérage de tous les usages et accompagnement de chaque personne dès le premier recours pour diminuer le risque alcool pour tous

Dans le classement selon la gravité, l'alcool est dans l'ensemble des substances psychoactives celle qui cause le plus de dommages individuels et collectifs, avant même l'héroïne, le crack, la cocaïne, le tabac ([105](#), [106](#)). Les niveaux de consommation et la morbi-mortalité liée à l'alcool sont, en France, parmi les plus élevés en Europe et au monde avec 85 % de consommateurs parmi les 18-75 ans ([107](#), [108](#)) et 40 à 50 000 décès annuels ([109](#)) qui résultent, par ordre de fréquence, de cancers (dont le côlon et le sein), de maladies cardiovasculaires, d'affections digestives, de causes externes (accidents, suicides) et de troubles psychiques ([109](#), [110](#)). L'alcool affecte toutes les dimensions de la vie des personnes et de leur entourage (physique, psychique, relationnelle, affective, familiale, socioprofessionnelle, économique, juridique) ([111](#), [112](#)) mais la majorité de ces dommages concerne des personnes sans critères de trouble de l'usage d'alcool (TUA), c'est-à-dire sans conduite addictive¹⁷ ([113-115](#)).

Le TUA n'en demeure pas moins une complication très grave et difficile à prendre en charge ([116](#)), notamment par son impact sur la santé mentale, parfois dans le cadre d'une pathologie duelle ([117](#), [118](#)). Il est associé à des représentations sociales très péjoratives, à de la discrimination et à un défaut d'accès aux soins ([112](#), [119](#), [120](#)). Mais l'absence de TUA (sur la base des critères du DSM-5 ([113](#))) ne protège les personnes ni des risques et nombreuses complications de l'alcool, ni de pratiquer des usages problématiques d'alcool ([108](#), [111](#)). C'est ainsi que la chronicité de l'usage (par exemple quotidien) et les rituels (par exemple d'horaire, de circonstance, d'ambiance, de type de boisson) constituent des facteurs non seulement d'habitude, d'automatisme, de perte de contrôle (*in fine* de TUA) ([111](#), [121](#)), mais aussi de toxicité viscérale cumulative (effet cancérogène, y compris pour de faibles doses quotidiennes ([122](#))). Or, un tel ancrage dans les habitudes de vie est très difficile à modifier d'autant qu'il trouve un écho favorable dans la tradition culturelle ([123](#)). Quant à l'alcoolisation ponctuelle importante (API) ou *binge drinking*, elle est à très haut risque¹⁸ alors qu'elle est peu repérée, banalisée, voire socialement valorisée, du fait de son occurrence le plus souvent festive ([112](#)). Les personnes s'y adonnant, notamment les plus jeunes¹⁹ qui payent le plus lourd tribut à l'alcool²⁰ ([111](#), [124](#)) et de plus en plus de femmes ([108](#))²¹, ([115](#)), prennent parfois bien plus de risques ([125](#), [126](#)) que des personnes souffrant d'un TUA inapparent, sous la forme d'un usage chronique excessif.

Les représentations erronées et le tabou sociétal sur le sujet affectent les professionnels ([120](#)). Couplés à l'insuffisance de notre système de santé en la matière ([111](#), [119](#), [127](#)), cela freine l'information et l'accompagnement des personnes quant aux risques liés à l'alcool et aux possibilités (pourtant nombreuses et diversifiées) de les diminuer, voire de les éviter sans pour autant contraindre à l'abstinence ([111](#), [119](#), [128](#)).

¹⁷ L'emploi du terme générique TUA est une évolution car il englobe les notions antérieures de dépendance, addiction, abus, alcoolisme (sources de confusion et de stigmatisation). Le TUA et sa sévérité sont définis sur la base des critères du DSM-5.

¹⁸ Le *binge drinking* consiste à boire beaucoup et vite (au moins 6 verres standards en moins de 2 heures). Il est à risque immédiat de coma, d'accidents, de violences (y compris sexuelles), voire de décès, et à long terme de toxicité neurologique et de TUA.

¹⁹ Selon l'enquête ESCAPAD 2017, 44 % des jeunes de 17 ans déclarent au moins un épisode mensuel d'API (50 % des garçons, 38 % des filles).

²⁰ L'alcool constitue la première cause de mortalité prématurée et d'incapacité chez les personnes âgées de 15 à 49 ans.

²¹ L'évolution à la hausse des usages féminins d'alcool (mimant ceux des hommes en prévalence et modalités) couplée à une morbi-mortalité accélérée et des effets psychosociaux aggravés chez les femmes constitue une sérieuse préoccupation sanitaire.

Les travaux initiés en 2021 à la HAS portent sur l'accompagnement de tous dès le premier recours par le repérage de tous les usages d'alcool afin d'aider chacun et chacune, quels que soient son histoire, sa situation, son âge, son genre, ses modalités d'usage, à tendre vers une diminution de ses risques en favorisant son pouvoir d'agir face à l'alcool.

- Le premier volet de ces travaux portait sur la population générale et a été publié en octobre 2023 sous le titre « [Agir en premier recours pour diminuer le risque alcool : repérer tous les usages et accompagner chaque personne](#) » (129).
- Le deuxième volet dédié aux femmes est en cours de production en vue d'une publication au 1^{er} trimestre 2025.
- Les travaux sur le troisième volet dédié aux jeunes (enfants et adolescents mineurs ainsi que jeunes adultes) sont prévus pour 2025.

Programme prévisionnel d'actions HAS : santé mentale, psychiatrie et addictions

DAQSS	DiQASM	DEAI	DCIEU
Pathologies duelles : repérage et prise en charge des comorbidités addictives chez les personnes avec troubles schizophréniques ou bipolaires		Évaluations de produits de santé ?	Évaluation de la pertinence d'élaborer des documents usagers
Repérage de tous les usages et accompagnement de chaque personne dès le premier recours pour diminuer le risque alcool pour tous			
Mesure des IQSS existants et évaluation de la pertinence d'une actualisation			
Intégration à la certification des établissements de santé			

DAQSS : direction de l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins ; DiQASM : direction de la qualité de l'accompagnement social et médico-social ; DEAI : direction de l'évaluation et de l'accès à l'innovation ; DCIEU : direction de la communication, de l'information et de l'engagement des usagers.

Thème 8. Troubles du neurodéveloppement (TND)

« Les TND sont un ensemble d'affections qui débutent durant la période du développement. Ils sont responsables d'une déviation plus ou moins précoce de la trajectoire développementale typique et entraînent des difficultés significatives dans l'acquisition et l'exécution de fonctions spécifiques intellectuelles, motrices, sensorielles, comportementales ou sociales. L'étiologie présumée des TND n'est pas univoque. Les TND sont des affections complexes dont les facteurs de risque sont multiples et diversement associés : génétiques, épigénétiques et environnementaux, survenant en préconceptionnel, ante, péri ou postnatal » ([130](#)).

Dans les classifications internationales, ces troubles regroupent ([131](#)) :

- les troubles du spectre de l'autisme (TSA) ;
- le trouble du développement intellectuel (TDI) ;
- le trouble déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité (TDAH) ;
- et les troubles dys (appellation française) (troubles de la communication, troubles spécifiques des apprentissages [calcul, langage et graphisme] et troubles moteurs [trouble développemental de la coordination, tics chroniques notamment]).

Ils concerneraient 1 % de la population pour les TSA, 1 % pour le TDI, 5 % des enfants et 3 % des adultes pour le TDAH, et 8 % de la population pour les troubles dys ([131](#), [132](#)).

Les troubles neurodéveloppementaux sont caractérisés par des difficultés significatives dans le développement de plusieurs fonctions cognitives telles que la socialisation, la communication, la motricité, l'attention, l'intelligence ou encore les apprentissages scolaires ([132](#)).

Ils sont par ailleurs fréquemment associés à d'autre(s) TND et à d'autres maladies (épilepsie, troubles gastro-intestinaux, pathologies cardiovasculaires, pathologies de la vision et de l'audition, troubles du sommeil, troubles du comportement alimentaire, troubles anxieux et dépression) ([131](#)). Ces associations diagnostiques ainsi que la question des diagnostics différentiels feront l'objet d'une attention dans le cadre de ce programme de travail, y compris chez les adultes.

1. Trouble du spectre de l'autisme (TSA) : interventions et parcours de vie du nourrisson, de l'enfant et de l'adolescent

Ce travail, actuellement conduit par la HAS, est une actualisation de la recommandation de bonne pratique « [Autisme et autres troubles envahissants du développement : interventions éducatives et thérapeutiques coordonnées chez l'enfant et l'adolescent](#) » ([133](#)), publiée en 2012.

L'objectif est d'améliorer la qualité des interventions proposées aux enfants ayant un TSA, tant par les structures sanitaires que médico-sociales afin de leur permettre de bénéficier d'un parcours de vie cohérent et de qualité, ainsi que de favoriser leur accès à des environnements de vie apprenants et inclusifs.

Il s'agit de définir un cadre d'intervention et de collaboration pour l'ensemble des acteurs accompagnant les enfants, adolescents et jeunes majeurs présentant des TSA et, en particulier, au travers d'évaluations du fonctionnement standardisées et partagées :

- d'améliorer leur fonctionnement ;
- de diminuer leurs troubles de santé associés ;
- de les aider à développer leur capacité à communiquer, choisir et décider ;
- de soutenir leur autonomie dans la vie quotidienne ;
- de favoriser leurs apprentissages scolaires et éducatifs ;

- de les inscrire dans un projet professionnel adapté ;
- d’avoir une qualité de vie satisfaisante et de développer leur participation sociale et les préparer à exercer une citoyenneté pleine et entière.

Au-delà des principes d’intervention que doivent partager tous les acteurs impliqués dans l’accompagnement des enfants et adolescents avec TSA dans leurs différents domaines de vie, il s’agit également de proposer des repères aux professionnels de santé et équipes médico-sociales pour :

- identifier les interventions les plus adaptées, en prenant en compte les résultats de l’évaluation du fonctionnement de l’enfant ou l’adolescent, ses choix de vie et préférences ;
- définir les modalités de leur mise en œuvre effective et les éventuelles adaptations à apporter (intensité, durée, implication familiale, aménagement de la scolarité, etc.) ;
- associer d’autres actions ponctuelles ou complémentaires pour répondre à des besoins spécifiques de l’enfant ou de son environnement ;
- prévoir les articulations des diverses interventions et les partenariats nécessaires pour garantir la cohérence de l’accompagnement global et prévenir tout risque de rupture de parcours.

→ **Ce travail, en cours d’élaboration, a fait l’objet d’une [note de cadrage \(134\)](#). La finalisation de la recommandation est prévue en 2025.**

2. Accompagnement de la personne présentant un trouble du développement intellectuel (TDI) – Volet 2

En 2022, la HAS a publié un premier volet sur l’accompagnement des personnes présentant un TDI ([135](#)) qui posait les fondamentaux pour pouvoir comprendre le fonctionnement de la personne en tenant compte de sa trajectoire développementale, de ses compétences, de son âge, de ses capacités et de son rythme d’apprentissage. Ces recommandations ont été transcrites en facile à lire et à comprendre (FALC) pour favoriser une meilleure compréhension des personnes accompagnées quant à l’accompagnement qui leur est proposé.

Dans un second volet à paraître en 2025, les recommandations porteront sur 3 thématiques spécifiques/environnements : la scolarité, l’emploi, les activités et loisirs, avec pour finalité une meilleure inclusion des personnes dans ces différents contextes de leurs parcours de vie.

→ **Ce travail, en cours d’élaboration, a fait l’objet d’une [note de cadrage \(136\)](#).**

3. Trouble déficit de l’attention avec ou sans hyperactivité (TDAH) : repérage, diagnostic et prise en charge des adultes

La HAS a publié en 2015 une recommandation 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](#) » ([137](#)).

Cette recommandation est 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, neuro-pédiatre, neurologue).

À la suite de ce travail, l’association HyperSupers-TDAH France, la DGS et la DGOS ont saisi la HAS pour l’élaboration de recommandations ciblant la suite du parcours de soins et intégrant l’âge adulte.

La recommandation « [TDAH : diagnostic et interventions thérapeutiques auprès des enfants et adolescents](#) » ([132](#)), relative à la suite du parcours de soins, a été publiée en 2024.

Concernant l'âge adulte, une recommandation « TDAH : repérage, diagnostic et prise en charge des adultes » ([note de cadrage \(138\)](#)) est en cours d'élaboration, avec les objectifs suivants :

- lors de signes évocateurs d'un TDAH chez un patient, aider le médecin de premier recours à : repérer un TDAH ; conduire une évaluation initiale et orienter le patient dans le système de soins ; participer au suivi de la prise en charge du TDAH en collaboration avec le médecin spécialisé du trouble ;
- après une orientation pour TDAH, aider le médecin spécialiste du TDAH à : conduire une démarche de diagnostic ; mettre en place une prise en charge adaptée aux besoins du patient, en coordination avec les autres professionnels concernés ; participer au suivi et adapter la prise en charge en fonction de l'évolution du patient ; inscrire cette prise en charge dans une démarche collaborative, pluridisciplinaire et pluriprofessionnelle ;
- participer à la formation des professionnels concernés et à l'harmonisation des pratiques ;
- optimiser le parcours du patient adulte après le repérage d'un TDAH.

4. Repérage, évaluation, diagnostic et prise en charge des troubles dys

Les troubles spécifiques du langage et des apprentissages (TSLA), appelés communément « troubles dys », sont la conséquence d'anomalies dans le développement cognitif de l'enfant. Fréquents et durables, ils entraînent des répercussions dans la vie quotidienne des enfants, leurs apprentissages scolaires, mais aussi plus tard dans leur vie sociale et professionnelle. Ces conséquences peuvent être prévenues ou atténuées par une prise en charge précoce et adaptée ([139](#)).

La HAS a élaboré un parcours de soins intitulé « [Comment améliorer le parcours de santé d'un enfant avec troubles spécifiques du langage et des apprentissages](#) » ([139](#)), qui précise les différentes étapes de la prise en charge, dont le repérage de la difficulté du langage et des apprentissages de l'enfant et le diagnostic du trouble spécifique. Il intègre des outils d'aide à l'organisation du parcours de santé en trois niveaux de recours aux soins, gradués selon la sévérité ou la complexité des troubles.

- **En lien avec une demande de la délégation interministérielle à la stratégie nationale pour les TND, dans le cadre de la stratégie 2023-2027 ([131](#)), l'opportunité de compléter ce parcours de soins et la recommandation « [Troubles du neurodéveloppement – Repérage et orientation des enfants à risque](#) » ([130](#)) d'une recommandation dédiée aux troubles dys sera étudiée dans le cadre de ce programme.**

5. Traitements médicamenteux chez les adultes, enfants et adolescents ayant un trouble du spectre de l'autisme (TSA) et/ou un trouble du développement intellectuel (TDI), notamment en situation complexe ou très complexe

La délégation interministérielle à la stratégie nationale pour les TND a saisi la HAS en vue de la réalisation d'un travail visant à améliorer les prescriptions médicamenteuses chez les adultes ayant un TSA et/ou un TDI, en particulier en situation complexe ou très complexe. Un élargissement du périmètre de ce travail aux enfants et adolescents pourra également être envisagé.

→ **L'opportunité d'un travail conduit par la HAS sur ce sujet sera évaluée, notamment au regard des résultats d'une revue de la littérature sur l'utilisation des psychotropes dans cette population, réalisée dans le cadre de la stratégie nationale pour l'autisme au sein des TND (2018-2022) ([140](#)).**

Une évaluation de l'intérêt des actes de séquençage en pharmacogénétique sera par ailleurs réalisée par la HAS, notamment pour les médicaments de neuropsychiatrie.

Programme prévisionnel d'actions HAS : troubles du neurodéveloppement (TND)

DAQSS	DiQASM	DEAI	DCIEU
Trouble du spectre de l'autisme (TSA) : interventions et parcours de vie du nourrisson, de l'enfant et de l'adolescent (actualisation)		Évaluation des actes de pharmacogénétique afin d'optimiser le recours aux traitements de neuropsychiatrie Évaluation du recours aux tests génétiques dans le diagnostic de certains TND	Évaluation de la pertinence d'élaborer des documents usagers
Repérage, évaluation, diagnostic et prise en charge des troubles dys	Accompagnement de la personne présentant un trouble du développement intellectuel (TDI) – Volet 2		
Trouble déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité (TDAH) : repérage, diagnostic et prise en charge des adultes		Évaluation de la pertinence d'élaborer des fiches BUM	
Traitements médicamenteux chez les adultes, enfants et adolescents ayant un trouble du spectre de l'autisme (TSA) et/ou un trouble du développement intellectuel (TDI), notamment en situation complexe ou très complexe			
Évaluation de la pertinence et de la faisabilité d'un développement d'indicateurs (QSS/parcours)			
Intégration à la certification des établissements de santé	Intégration à l'évaluation des ESSMS		

DAQSS : direction de l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins ; DiQASM : direction de la qualité de l'accompagnement social et médico-social ; DEAI : direction de l'évaluation et de l'accès à l'innovation ; DCIEU : direction de la communication, de l'information et de l'engagement des usagers.

Thème 9. Certification des établissements de santé autorisés en psychiatrie pour la qualité des soins

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.

Le [référentiel](#) du 5^e cycle de la certification (2021-2025) a été mis à disposition des établissements de santé le 26 novembre 2020. Cette mise à disposition s'est accompagnée de nombreux outils et supports d'aide à l'appropriation par les professionnels.

Ce référentiel contient 7 critères spécifiques à la psychiatrie/santé mentale :

- Critère 1.4-05 – Le patient atteint de troubles psychiques bénéficie d'un panel de soins adapté et diversifié pour accompagner son inclusion sociale dans le cas où son état de santé le nécessite ;
- Critère 2.1-05 – La pertinence du recours à des mesures restrictives de liberté (limitation des contacts, des visites, retrait d'effets personnels, isolement) est argumentée et réévaluée ;
- Critère 2.2-17 – Les équipes réalisent un examen somatique pour tout patient hospitalisé en psychiatrie ;
- Critère 2.2-18 – En psychiatrie, la prise en charge ambulatoire permet un accès précoce aux soins psychiques ;
- Critère 2.3-18 – La gestion des récidives d'épisodes de violence est anticipée et gérée avec le patient à l'aide d'un plan de prévention partagé ;
- Critère 3.1-03 – L'établissement est inscrit dans une dynamique de projet territorial de santé mentale (PTSM) ;
- Critère 3.1-04 – L'établissement a mis en place des modalités de collaboration entre les services ambulatoires de psychiatrie et la médecine générale de ville.

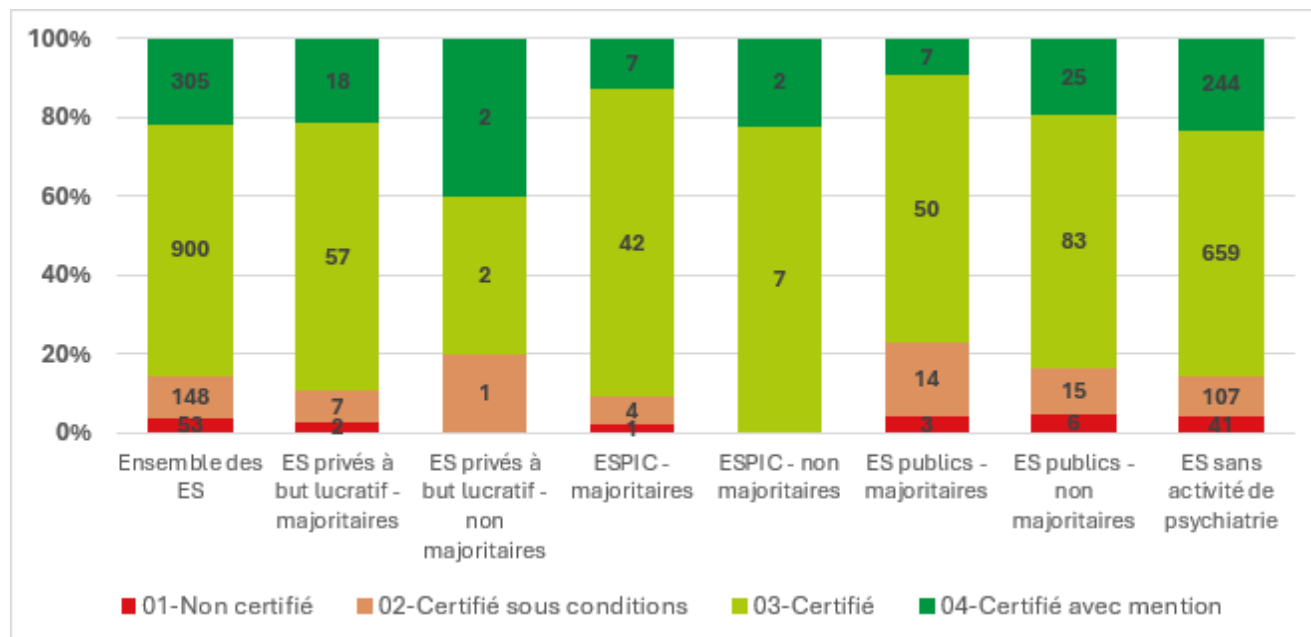
Les visites de certification sur la base de ce référentiel ont débuté en avril 2021. Un premier bilan concernant les résultats de certification des établissements ayant une autorisation d'activité en psychiatrie a été dressé en 2024.

Au 10 mai 2024, avaient été réalisées (cf. figure 1 ci-après) :

- 84/159 visites d'établissements de santé privés à but lucratif ayant une activité psychiatrique majoritaire ;
- 54/96 visites d'établissements de santé privés d'intérêt collectif (ESPIC) ayant une activité psychiatrique majoritaire ;
- 74/85 visites d'établissements publics ayant une activité psychiatrique majoritaire.

Le caractère majoritaire indique que l'établissement de santé prend en charge au moins 75 % des patients en psychiatrie.

Figure 1. Résultats de certification selon le statut de l'établissement de santé (ES) et le fait qu'au moins 75 % de la file active soit prise en charge en psychiatrie (caractère majoritaire) ou non

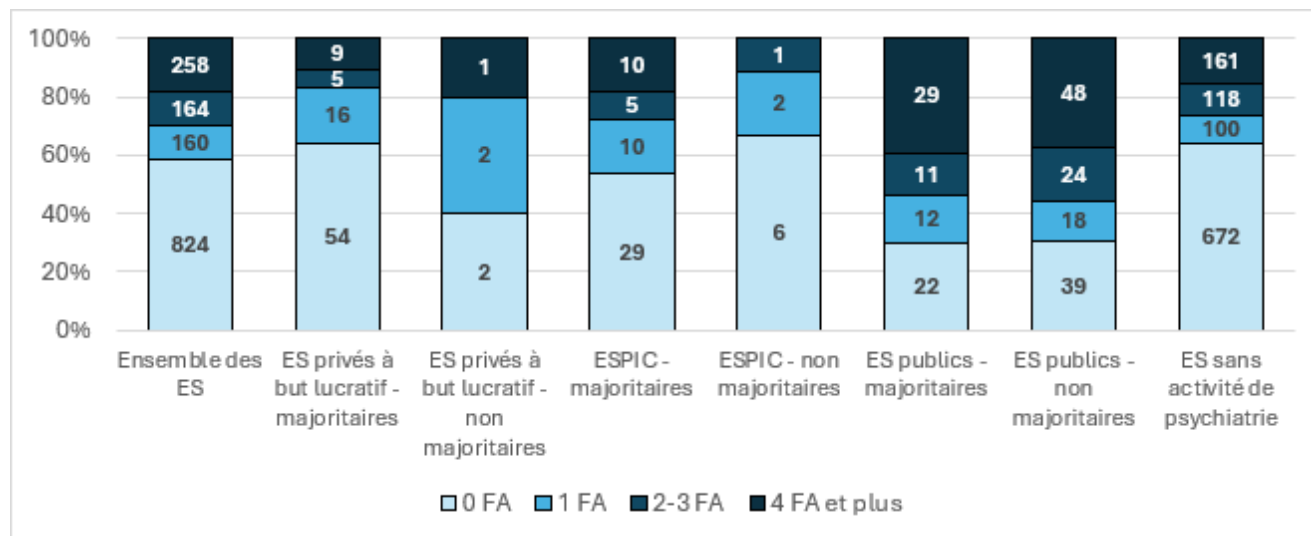


Les établissements de santé ayant une activité de psychiatrie majoritaire, quel que soit leur statut, ont des résultats de certification globalement moins bons que les autres établissements.

Concernant les fiches anomalies (FA) générées pour les établissements prenant en charge au moins 75 % des patients en psychiatrie (caractère majoritaire) (cf. figure 2) :

- pour le chapitre 1 du manuel de certification, les FA relatives au respect de l'intimité et de la dignité sont souvent en lien avec des conditions d'hébergement dégradées (vétusté des locaux ou mobilier non adapté en chambre d'isolement) ;
- le nombre de FA concernant le critère 2.1.05 (décisions d'isolement) est limité. Toutefois, le changement de méthode d'investigation en 2024 (passage de la méthode patient traceur à la méthode du traceur ciblé) pourrait impacter les résultats ;
- le nombre de FA concernant le critère 2.2-17 (réalisation d'un examen somatique) est relativement important, en lien notamment avec un manque de médecins somaticiens dans les structures. Les autres résultats sont similaires à ceux des autres établissements de santé pour les chapitres 2 et 3. Les FA concernent notamment la non-appropriation des IQSS.

Figure 2. Répartition des établissements de santé (ES) selon leur statut, le fait qu'au moins 75 % de la file active soit prise en charge en psychiatrie (caractère majoritaire) ou non et le nombre de fiches anomalies (FA) générées dans le cadre de la démarche de certification



Sur le chapitre 3, des difficultés sont rencontrées en visite par les professionnels pour répondre aux exigences du travail en psychiatrie, notamment en termes de formation et/ou d'encadrement médical. Ces éléments expliquent probablement les différences de recours aux mesures d'isolement, très inégalement mises en œuvre selon les établissements de santé.

1. Bilans itératifs de la certification des établissements de santé pour la qualité des soins

- Un bilan de la certification des établissements de santé sera réalisé fin 2025/début 2026, période à laquelle tous les établissements de santé auront eu un résultat de certification sur la base du nouveau référentiel. Il intégrera une partie relative aux établissements autorisés en psychiatrie qui fera l'objet d'une publication.
- Deux bilans successifs seront ensuite réalisés en 2028 et en 2030. Au vu des évolutions du référentiel opérées en 2025, les résultats de ces bilans ne seront que partiellement comparables à ceux des bilans antérieurs.

En complément de ces bilans, un suivi des critères spécifiques à la psychiatrie/santé mentale sera réalisé annuellement.

Par ailleurs, sur chaque thème du programme « santé mentale et psychiatrie » présenté ci-avant, les perspectives d'intégration des recommandations, guides et parcours dans les itérations successives de la certification des établissements de santé pour la qualité des soins seront travaillées de façon prospective et transversale.

2. Évolutions du référentiel de certification (6^e cycle)

En 2025, la HAS initie le 6^e cycle de la certification des établissements de santé pour la qualité des soins. Ce nouveau dispositif, qui s'inscrit dans la continuité du précédent, sera applicable aux visites à compter du mois de septembre.

La psychiatrie, aux côtés de la lutte contre l'antibiorésistance et des urgences, fait partie des priorités de santé publique pour lesquelles les attentes sont renforcées. Les critères du [nouveau référentiel](#) incluent :

- le projet de soins pour l'inclusion sociale ;
- l'organisation et le suivi de l'accès aux soins ;
- la prévention du passage à l'acte suicidaire tout au long de la prise en charge ;
- la réalisation d'un examen somatique pour tous les patients hospitalisés en psychiatrie ;
- le respect des bonnes pratiques en matière d'isolement et de contention ;
- la contribution de l'établissement à l'amélioration des parcours de santé mentale dans le cadre du projet territorial de santé mentale (PTSM).

La prévention des risques liés à l'électroconvulsivothérapie a également été intégrée comme un critère à part entière.

10. Autres thèmes

1. Coordination entre le médecin généraliste et les différents acteurs de soins dans la prise en charge des patients adultes souffrant de troubles psychiques – actualisation

En 2018, la HAS a publié un guide relatif à la « [Coordination entre le médecin généraliste et les différents acteurs de soins dans la prise en charge des patients adultes souffrant de troubles mentaux](#) » ([141](#)).

→ Au regard des évolutions récentes en lien notamment avec la création de l'exercice en pratique avancée pour les infirmiers et le développement du dispositif « Mon soutien psy », la HAS évaluera l'opportunité d'une actualisation de ce guide.

2. Prévention, repérage, évaluation et prise en charge des idées et conduites suicidaires chez les exploitants et salariés agricoles

Les transformations du secteur agricole en pleine mutation génèrent de nombreux facteurs de risques (charge mentale, injonctions paradoxales et incertitudes) liés à la pression de la rationalisation économique (performance, crises sanitaires ou énergétiques, cohérence éthique, etc.), aux pressions technologiques et numériques (capacités de développement atteintes, etc.) et à la pression politique et démocratique (inflation normative, attentes sociétales [souveraineté alimentaire et transition écologique], etc.). Ces transformations s'accompagnent d'une érosion de l'entraide au sein de ce corps social traditionnellement solidaire et de forts déséquilibres entre vie professionnelle et vie personnelle.

Dans ce contexte, de nombreux agriculteurs se trouvent en situation de mal-être et présentent un risque suicidaire élevé ([142-144](#)). Ces difficultés sont dures à repérer en raison notamment de l'absence de médecine du travail ou équivalent, la situation étant encore plus compliquée pour les salariés que pour les exploitants, en particulier pour les salariés en situation de travail dissimulé.

→ La HAS a été saisie dans le cadre de la [feuille de route pour la prévention du mal-être et pour l'accompagnement des agriculteurs et des salariés agricoles](#) pour élaborer des recommandations de bonne pratique en vue d'améliorer « la prévention, le repérage, l'évaluation et la prise en charge des idées et conduites suicidaires chez les exploitants et salariés agricoles » ([145](#)).

3. Santé mentale des réfugiés et des migrants

En 2020, 281 millions de personnes dans le monde étaient des migrants²² internationaux et 84 millions de personnes étaient en situation de déplacement forcé, dont 48 millions de personnes déplacées dans leur propre pays ; 26,6 millions de réfugiés²³ et 4,4 millions de demandeurs d'asile²⁴ (146).

« Souvent originaires de populations touchées par la guerre, les conflits, les catastrophes naturelles, la dégradation de l'environnement ou la crise économique » (146), les réfugiés et les migrants peuvent être exposés à divers facteurs de stress qui nuisent à leur santé mentale et à leur bien-être (147) :

- avant la migration : « manque de moyens de subsistance et manque d'accès à l'éducation et au développement ; exposition aux conflits armés, à la violence, à la pauvreté et/ou aux persécutions » ;
- pendant le parcours migratoire : « exposition à des conditions difficiles, voire susceptibles d'entraîner la mort (violence et détention notamment) et manque d'accès aux services nécessaires à la satisfaction de leurs besoins fondamentaux » ;
- après la migration : « obstacles dans l'accès aux soins de santé et à d'autres services permettant de répondre à leurs besoins fondamentaux et mauvaises conditions de vie, séparation d'avec les membres de la famille et les réseaux de soutien, incertitude éventuelle quant au permis de travail et au statut juridique (demande d'asile) et, dans certains cas, rétention administrative » ;
- pendant l'installation et l'intégration : « mauvaises conditions de vie ou de travail ; chômage ; difficultés d'assimilation ; difficultés en lien avec l'identité culturelle, religieuse ou de genre ; difficultés à faire valoir ses droits à prestations ; changement de politiques dans le pays d'accueil ; racisme et exclusion ; tensions entre la population d'accueil et les migrants et les réfugiés ; isolement social et éventuelle expulsion ».

Si la détresse psychologique que peuvent ressentir de nombreux migrants et réfugiés s'atténue avec le temps pour la plupart d'entre eux, les facteurs de stress auxquels ils ont été exposés peuvent augmenter le risque de présenter des troubles psychiques ou aggraver des problèmes de santé mentale préexistants. Les prévalences de dépression, anxiété, troubles de stress post-traumatique seraient généralement plus élevées chez les migrants exposés à l'adversité et chez les réfugiés que chez les populations d'accueil et le risque suicidaire serait également majoré chez les demandeurs d'asile (147).

En France, l'enquête Elipa 2 a montré que 4 ans après l'obtention de leur premier titre de séjour en 2018, 25 % des primo-arrivants déclaraient avoir des symptômes dépressifs ; les femmes, les personnes âgées et les détenteurs d'un titre humanitaire étant les plus affectés (148).

Une étude conduite en Allemagne a également mis en évidence de fortes prévalences de troubles de stress post-traumatique chez les mineurs migrants (n = 98), ces prévalences étant significativement

²² L'Agence des Nations unies pour les réfugiés (UNHCR) indique qu'il n'existe pas de définition juridiquement reconnue du terme « migrant ». Elle précise que selon les Nations unies, ce terme désigne « toute personne qui a résidé dans un pays étranger pendant plus d'une année, quelles que soient les causes, volontaires ou involontaires, du mouvement, et quels que soient les moyens, réguliers ou irréguliers, utilisés pour migrer ». Cependant, il est courant d'y inclure certaines catégories de migrants de courte durée, tels que les travailleurs agricoles saisonniers qui se déplacent à l'époque des semis ou des récoltes. [Définitions | Réfugiés et migrants \(un.org\)](#) [consulté le 4 septembre 2024]

²³ L'UNHCR définit les réfugiés comme étant des personnes qui « se trouvent hors de leur pays d'origine en raison d'une crainte de persécution, de conflit, de violence ou d'autres circonstances qui ont gravement bouleversé l'ordre public et qui, en conséquence, exigent une « protection internationale ». Elle précise que la Convention de 1951 relative au statut des réfugiés, mais aussi des instruments régionaux et les statuts du HCR permettent de donner une définition du réfugié. [Définitions | Réfugiés et migrants \(un.org\)](#) [consulté le 4 septembre 2024]

²⁴ L'UNHCR définit un demandeur d'asile comme « une personne dont la demande de refuge n'a pas encore été traitée ». [Demandeurs d'asile | HCR \(unhcr.org\)](#) [consulté le 18 juillet 2024]

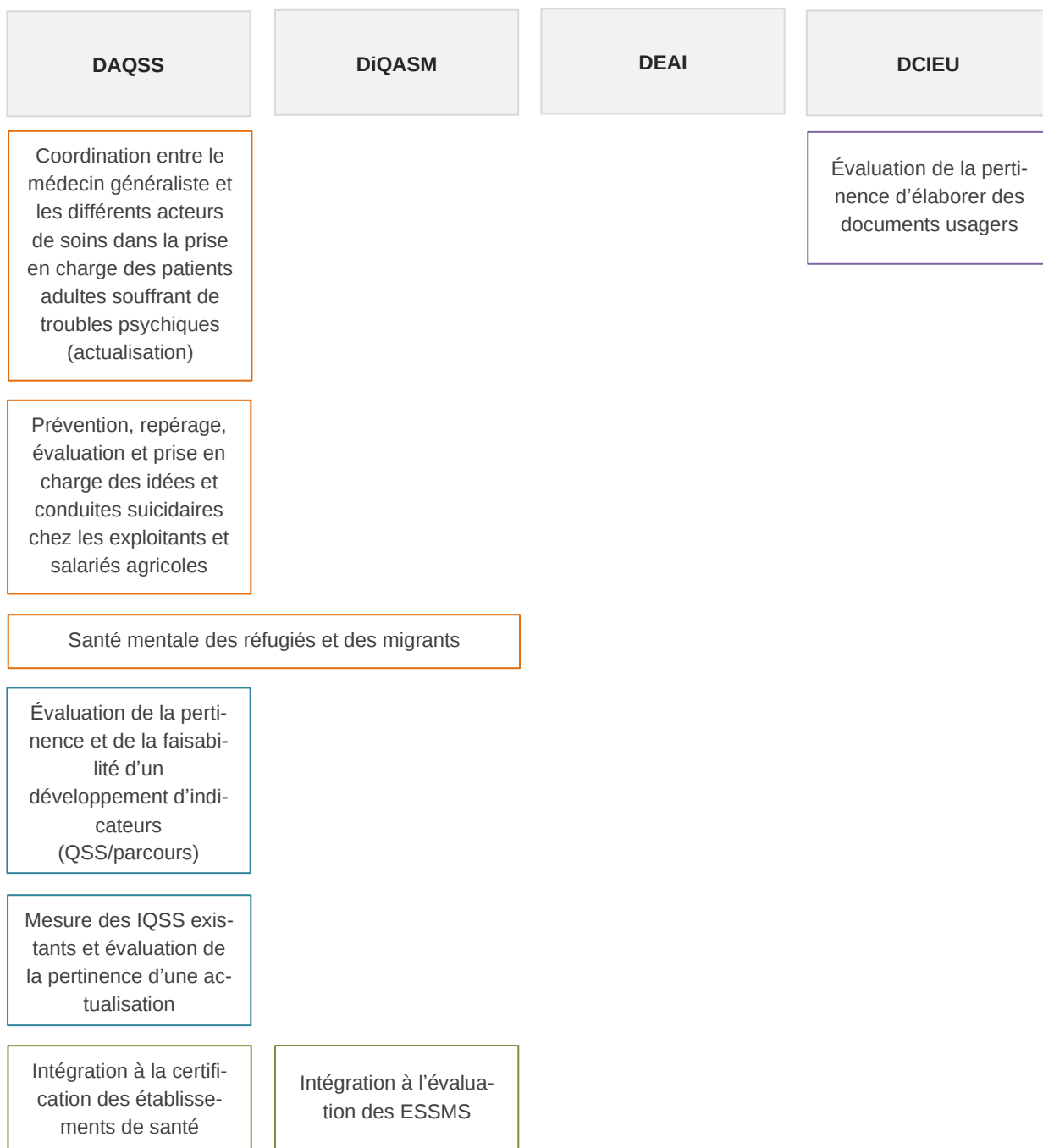
plus élevées chez les mineurs non accompagnés (MNA) (64,7 %) que chez les mineurs accompagnés d'au moins un parent (36,7 %). Les prévalences de dépression s'élevaient respectivement à 42,6 et 30,0 % et celles d'anxiété à 38,2 et 23,3 % ([149](#), [150](#)).

En France, Médecins sans frontières et le Comité pour la santé des exilé.e.s (Comede) soulignaient en 2021 l'existence d'obstacles à une prise en charge psychologique ou psychiatrique pour de nombreux MNA en recours devant le juge des enfants²⁵, parmi lesquels : l'absence de représentant légal (souvent évoquée par les soignants comme un motif de refus de prise en charge des MNA), la précarité, le recours hétérogène à l'interprétariat professionnel dans les structures de soins, les délais d'attente pour accéder à une prise en charge, l'absence de protection sociale, la méconnaissance des MNA par les soignants et la méconnaissance du système de soins par les MNA ([151](#)).

→ **Le travail envisagé par la HAS visera à améliorer la prévention et le repérage des troubles psychiques chez les réfugiés et migrants ainsi que l'accès aux soins psychiques et leur continuité.**

²⁵ dont la minorité est remise en cause par le département et qui saisissent ce juge.

Proposition du programme d'actions HAS : autres thèmes



DAQSS : direction de l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins ; DiQASM : direction de la qualité de l'accompagnement social et médico-social ; DEAI : direction de l'évaluation et de l'accès à l'innovation ; DCIEU : direction de la communication, de l'information et de l'engagement des usagers.

Autres travaux portant sur la qualité et la sécurité des soins et des accompagnements, les outils numériques, les médicaments, les dispositifs médicaux et les actes professionnels

Sur chacun des thèmes de ce programme, une réflexion sera conduite en vue de **programmer des actions coordonnées** avec les différents services de la HAS (cf. programmes prévisionnels d'actions HAS présentés ci-avant pour chaque thème [hors thème 9 portant sur la certification des établissements de santé autorisés en psychiatrie pour la qualité des soins]).

En complément de ces travaux thématiques, des travaux pourront également être individualisés dans le cadre des missions évoquées ci-après.

Indicateurs de qualité et de sécurité des soins (IQSS) et évènements indésirables graves associés aux soins (EIGS)

Programmation : sur les thèmes du programme « santé mentale et psychiatrie » présentés ci-avant :

- le développement d'IQSS et d'indicateurs de parcours à partir des recommandations, guides et parcours envisagés sera inscrit aux travaux programmés dans l'activité de la HAS après évaluation de la pertinence et de la faisabilité ;
- l'opportunité de travaux d'analyse des bases de retour d'expérience du dispositif EIGS et de production de [flashs sécurité patient](#) en lien avec ces analyses sera également étudiée.

Suivi : les IQSS recueillis dans le champ « santé mentale et psychiatrie ²⁶ » ainsi que ceux en développement²⁷ feront l'objet d'un suivi impliquant l'ensemble des services de la HAS concernés ainsi que les acteurs externes :

- analyse des résultats des campagnes de recueil et des expérimentations ;
- communication et échanges avec les acteurs externes ;
- perspectives éventuelles d'évolutions.

²⁶ Depuis 2022, de nouveaux indicateurs sont recueillis de manière obligatoire :

- périmètre « hospitalisation à temps plein » : qualité de la lettre de liaison à la sortie ; évaluation et prise en charge de la douleur somatique ; évaluation cardiovasculaire et métabolique chez les patients adultes ; évaluation gastro-intestinale chez les patients adultes ; repérage et proposition d'aide à l'arrêt des addictions chez les patients adultes ;
- périmètre « ambulatoire » et plus particulièrement les patients pris en charge en CMP : vigilance cardiovasculaire et métabolique ; repérage et proposition d'arrêt des addictions ; lien entre l'hôpital (CMP) et la ville dans le champ des soins somatiques.

²⁷ Un indicateur de [qualité perçue par les patients adultes hospitalisés en psychiatrie](#) est en cours de développement. Une expérimentation nationale a été menée sur la base du volontariat de septembre 2023 à septembre 2024. Elle était ouverte à tous les établissements ayant des lits d'hospitalisation à temps plein en psychiatrie de l'adulte.

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

Depuis la loi du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale, tous les ESSMS font l'objet d'une évaluation de leurs prestations aux personnes accompagnées. Les modalités de cette évaluation ont évolué depuis la loi relative à l'organisation et à la transformation du système de santé (OTSS) de juin 2019 qui prévoit que ces structures feront désormais l'objet, tous les 5 ans, d'une évaluation conduite par un organisme externe, selon des méthodes et outils élaborés par la HAS.

Le [référentiel d'évaluation des ESSMS](#) a été publié par la HAS en mai 2022, son déploiement a démarré en janvier 2023. Il est complété du manuel d'évaluation des ESSMS qui comporte une fiche descriptive pour chaque critère du référentiel, et qui met en regard les recommandations de bonne pratique professionnelle avec ces critères.

Programmation :

- dans le cadre du programme « santé mentale et psychiatrie » 2025-2030, le manuel d'évaluation des ESSMS fera l'objet d'une mise à jour annuelle pour prendre en compte les nouvelles recommandations de bonne pratique qui seront élaborées ;
- sur chaque thème du programme « santé mentale et psychiatrie », les perspectives d'intégration des recommandations, guides et parcours dans les itérations successives du référentiel d'évaluation des ESSMS seront travaillées de façon prospective et transversale²⁸.

Suivi : les résultats d'évaluation des ESSMS feront l'objet d'un suivi impliquant l'ensemble des services de la HAS concernés ainsi que les acteurs externes (types d'établissements concernés à définir) :

- analyse des résultats ;
- communication et échanges avec acteurs externes ;
- perspectives éventuelles d'actions auprès des établissements pour favoriser l'amélioration des résultats d'évaluation.

Un renforcement des attendus sur la prise en compte de la souffrance, des troubles et du handicap psychiques fait partie des perspectives envisagées sur la période de réalisation du programme « santé mentale et psychiatrie ».

Outils numériques

De nombreuses technologies numériques émergent dans le champ de la santé mentale et de la psychiatrie. Elles peuvent contribuer à renforcer la dynamique de prise en charge, à élargir l'arsenal thérapeutique, diagnostique ou pronostique, à améliorer les stratégies de prévention et de repérage précoces des symptômes, des évolutions ou des complications.

Un des enjeux de la HAS sera de contribuer par ses travaux à éclairer les choix des patients, des aidants et des professionnels. Il s'agira également de favoriser les développements technologiques en réponse à des besoins, notamment afin de favoriser le partage d'information entre professionnels et entre les patients, leur entourage et les professionnels.

²⁸ Des travaux d'évolution du référentiel d'évaluation, concertés avec les parties prenantes et les experts du secteur, seront menés à partir de 2025. Des modifications, allant en particulier vers le développement d'éléments centrés sur les capacités d'expression et de prise en compte des difficultés psychiques par les personnes pourront être envisagées dans le chapitre 1 du référentiel.

Dans le cadre de ses missions actuelles, la HAS peut être saisie pour l'évaluation d'un dispositif médical numérique (DMN) lorsqu'un industriel envisage son remboursement par l'Assurance maladie. Dans ce cadre²⁹ :

- certaines demandes sont susceptibles de concerner la santé mentale et la psychiatrie ;
- des professionnels pourront être sollicités par la HAS pour la réalisation d'expertises individuelles des demandes émanant des industriels ;
- un retour d'expérience sur ces expertises sera organisé régulièrement et sous différents formats (i.e. actions de communication, organisation de *webinaire*, etc.), de façon notamment à identifier d'éventuelles spécificités attachées à l'évaluation des DMN dans le champ santé mentale et psychiatrie et à partager les difficultés rencontrées par les experts le cas échéant.

En parallèle de ces démarches à l'initiative des industriels pour les technologies qui peuvent faire l'objet d'un remboursement, les apports potentiels des outils numériques seront systématiquement interrogés dans le cadre de l'élaboration des recommandations de bonne pratique, guides et parcours envisagés, cela s'appliquant au champ de la santé mentale et de la psychiatrie comme aux autres disciplines. À cette occasion, des documents spécifiques en vue de favoriser le bon usage de ces nouveaux dispositifs pourront être rédigés.

Les travaux de la HAS seront par ailleurs articulés avec le plan d'action du grand défi « DMN en santé mentale » (152), qui prévoit notamment une phase pilote pour « tester l'élargissement du périmètre d'évaluation de la HAS aux DMN en santé mentale et en psychiatrie destinés à un usage par les professionnels de santé pour aider au processus de prise de décision du choix du DMN en psychiatrie par les professionnels et les établissements sanitaires, sociaux et médico-sociaux ».

Des travaux dédiés à la e-santé pourront également être proposés dans le cadre du programme « santé mentale et psychiatrie » de la HAS, dans une logique de coconstruction avec les acteurs de terrain afin de répondre à leurs besoins.

Fiches de bon usage du médicament (BUM)

Les fiches BUM sont des documents d'information élaborés par la HAS, à destination des professionnels de santé et/ou des patients, sur les bonnes règles d'utilisation et sur le risque de mésusage de médicaments remboursables. Elles permettent de préciser et synthétiser les messages clés issus des évaluations des médicaments et de la stratégie thérapeutique recommandée en particulier dans les avis de la commission de la transparence (CT). Initialement, ces fiches étaient réservées à des médicaments visant une large population. Plus récemment, des fiches BUM pour des médicaments concernant un nombre restreint de patients ont été élaborées. La fiche BUM doit permettre un accès à une information simple, claire et lisible permettant un usage raisonné de spécialités remboursables.

Au sein de la HAS, le choix des médicaments faisant l'objet d'une fiche BUM est proposé par la CT ou le Collège, les critères de choix étant les suivants :

²⁹ Les dispositifs médicaux à usage individuel, y compris les DMN à visée thérapeutique, peuvent faire l'objet d'un remboursement par l'Assurance maladie via une prise en charge sur la liste des produits et prestations (LPP) visés à l'article L. 165-1 du Code de la sécurité sociale. La loi de financement de la sécurité sociale (LFSS) pour 2022 a introduit des voies de remboursement dédiées à certains DMN. La commission nationale d'évaluation des dispositifs médicaux et des technologies de santé (CNEDiMTS) s'est ainsi vu confier deux missions nouvelles, à la suite de la publication des décrets d'application :

- l'évaluation des activités de télésurveillance médicale en vue de leur inscription sur la liste des activités de télésurveillance médicale (LATM) (article 36 de la LFSS pour 2022, décret n° 2022-1767 du 30 décembre 2022) ;
- l'évaluation dans le cadre d'une demande de prise en charge anticipée des DMN (article 58 de la LFSS, décret n° 2023-232 du 30 mars 2023), ce cadre dérogatoire visant 2 types de DMN : les DMN à visée thérapeutique et les DMN destinés aux activités de télésurveillance médicale.

L'initiative d'une demande de remboursement pour des technologies de ce type appartient à l'industriel concerné.

- nouvelle classe thérapeutique ;
- nouvelle indication ;
- possible utilisation en dehors des indications, chez une importante population pouvant entraîner un déséquilibre du rapport bénéfices/risques (effet indésirable non équilibré par un bénéfice thérapeutique) et/ou une perte de chance.

En lien avec ce dernier critère, les fiches BUM relatives à [la place des benzodiazépines dans l'anxiété \(153\)](#) et [dans l'insomnie \(154\)](#) ont été actualisées en juillet 2024.

Une réflexion sur l'élaboration de fiches BUM en lien avec les thèmes de ce programme sera conduite, notamment sur l'utilisation des psychotropes, au regard du mésusage éventuellement identifié et en précisant les indications visées par les médicaments concernés.

Évaluation des produits de santé (médicaments, dispositifs médicaux et actes professionnels)

En réponse à des saisines institutionnelles (Union nationale des caisses d'assurance maladie [UNCAM], ministère chargé de la Santé) ou à des demandes émanant de conseils nationaux professionnels, d'industriels ou d'associations de patients/usagers du système de santé, la HAS pourra, en vue de leur remboursement dans le champ de la santé mentale et de la psychiatrie, évaluer ou réévaluer :

- des médicaments ;
- des dispositifs médicaux ;
- des actes professionnels.

Par ailleurs, la HAS évaluera en 2025 des actes de pharmacogénétique afin d'optimiser le recours aux traitements de neuropsychiatrie. Le recours aux tests génétiques dans le diagnostic de certains TND fera également l'objet d'évaluation.

La question de la diffusion et de l'appropriation des productions sera également travaillée de façon transversale, en lien avec le « [Programme pour l'amélioration de l'impact des recommandations 2023-2028](#) » (155) de la HAS et les travaux conduits dans les services de la HAS sur l'amélioration de l'appropriation des productions.

Références bibliographiques

1. Organisation mondiale de la santé. Troubles mentaux [En ligne] 2022.
<https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/mental-disorders>
2. World Health Organization. Transforming mental health for all. World mental health report. Geneva : WHO; 2022.
<https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/356119/9789240049338-eng.pdf?sequence=1>
3. Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques, Institut des politiques publiques, Paris School of Economics, Blavet T. 9,3 millions de personnes déclarent apporter une aide régulière à un proche en situation de handicap ou de perte d'autonomie en 2021. Etudes Résultats 2023;(1255).
4. Assurance Maladie. Améliorer la qualité du système de santé et maîtriser les dépenses. Propositions de l'Assurance Maladie pour 2025. Rapport au ministère chargé de la Sécurité sociale et au Parlement sur l'évolution des charges et des produits de l'Assurance Maladie au titre de 2025 (loi du 13 août 2004). Paris: CNAM; 2024.
https://www.assurance-maladie.ameli.fr/sites/default/files/2024-07_rapport-propositions-pour-2025_assurance-maladie.pdf
5. Assurance Maladie. Améliorer la qualité du système de santé et maîtriser les dépenses. Propositions de l'Assurance Maladie pour 2024. Rapport au ministre chargé de la Sécurité sociale et au Parlement sur l'évolution des charges et produits de l'Assurance maladie au titre de 2024 (loi du 13 août 2004). Paris: CNAM; 2023.
<https://assurance-maladie.ameli.fr/etudes-et-donnees/2023-rapport-propositions-pour-2024-charges-produits>
6. Léon C, du Roscoät E, Beck F. Prévalence des épisodes dépressifs en France chez les 18-85 ans : résultats du Baromètre santé 2021. BEH 2023;(2):28-40.
7. Observatoire national du suicide, Berthou V, Boulch A, Carrière M, Guichard H, Hazo JB, et al. Suicide. Mesurer l'impact de la crise sanitaire liée au Covid-19. Effets contrastés au sein de la population et mal-être chez les jeunes. 5ème Rapport. Paris: DRESS; 2022.
<https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications-communique-de-presse/rapports/suicide-mesurer-limpact-de-la-crise-sanitaire-liee-au-0>
8. Léon C, Godeau E, Spilka S, Gillaizeau I, Beck F. La santé mentale et le bien-être des collégiens et lycéens en France hexagonale. Résultats de l'Enquête EnCLASS 2022. Le point sur. Saint-Maurice: Santé publique France; 2024.
9. Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques. Hospitalisations pour geste auto-infligé : une progression inédite chez les adolescentes et les jeunes femmes en 2021 et 2022. Etudes Résultats 2024;(1300).
10. Coldefy M, Gandré C. Personnes suivies pour des troubles psychiques sévères : une espérance de vie fortement réduite et une mortalité prématurée quadruplée. Questions Eco Santé 2018;(237).
11. De Hert M, Correll CU, Bobes J, Cetkovich-Bakmas M, Cohen D, Asai I, et al. Physical illness in patients with severe mental disorders. I. Prevalence, impact of medications and disparities in health care. World Psychiatry 2011;10(1):52-77.
<https://dx.doi.org/10.1002/j.2051-5545.2011.tb00014.x>
12. Organisation mondiale de la santé. Plan d'action global pour la santé mentale 2013-2030. Genève: OMS; 2022.
<https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/361818/978924005923-fre.pdf?sequence=1>
13. Dragioti E, Radua J, Solmi M, Gosling CJ, Oliver D, Lascialfari F, et al. Impact of mental disorders on clinical outcomes of physical diseases: an umbrella review assessing population attributable fraction and generalized impact fraction. World Psychiatry 2023;22(1):86-104.
<https://dx.doi.org/10.1002/wps.21068>
14. Gandré C, Coldefy M. Moins de soins de prévention, de recours aux spécialistes et plus d'hospitalisations évitables chez les personnes suivies pour un trouble psychique sévère. Questions Eco Santé 2020;(250).
15. Laidi C, Blampain-Segar L, Godin O, de Danne A, Leboyer M, Durand-Zaleski I. The cost of mental health: where do we stand in France? Eur Neuropsychopharmacol 2023;69:87-95.
<https://dx.doi.org/https://doi.org/10.1016/j.euroneuro.2023.02.004>
16. du Roscoät E. La santé mentale : définition, concepts et périmètre d'intervention [Dossier : Promouvoir la santé mentale des populations en temps de Covid-19]. Santé en Action 2022;(461):4-6.
17. Institut national de la santé publique du Québec. Les rôles de la santé publique en matière de promotion de la santé mentale et du mieux-être mental des populations. Document de synthèse. Québec: INSPQ; 2022.
<https://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/publications/3239-role-sante-publique-promotion-sante-mentale-synthese.pdf>
18. Wahlbeck K. Public mental health: the time is ripe for translation of evidence into practice. World Psychiatry 2015;14(1):36-42.
<https://dx.doi.org/10.1002/wps.20178>
19. Laforcade M. Le rétablissement au cœur des politiques de santé. Rhizome 2017;3(65.66):25-6.
<https://dx.doi.org/10.3917/rhiz.065.0025>
20. Organisation mondiale de la santé. Schizophrénie [En ligne] 2022.
<https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/schizophrenia>
21. Institut national de la santé et de la recherche médicale. Schizophrénie. Intervenir au plus tôt pour limiter la sévérité des troubles [En ligne]. Paris: INSERM; 2020.
<https://www.inserm.fr/dossier/schizophrenie/>
22. Thomas P, Amad A, Fovet T. Schizophrénie et addictions : les liaisons dangereuses. Encephale 2016;42(3, Suppl 1):S18-S22.
[https://dx.doi.org/https://doi.org/10.1016/S0013-7006\(16\)30218-4](https://dx.doi.org/https://doi.org/10.1016/S0013-7006(16)30218-4)
23. Thornicroft G, Tansella M, Becker T, Knapp M, Leese M, Schene A, Vazquez-Barquero JL. The personal impact of schizophrenia in Europe. Schizophr Res 2004;69(2-3):125-32.
[https://dx.doi.org/10.1016/s0920-9964\(03\)00191-9](https://dx.doi.org/10.1016/s0920-9964(03)00191-9)
24. Marwaha S, Johnson S. Schizophrenia and employment. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol 2004;39(5):337-49.
<https://dx.doi.org/10.1007/s00127-004-0762-4>

25. Gutwinski S, Schreiter S, Deutscher K, Fazel S. The prevalence of mental disorders among homeless people in high-income countries. An updated systematic review and meta-regression analysis. *PLoS Med* 2021;18(8):e1003750. <https://dx.doi.org/10.1371/journal.pmed.1003750>
26. Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques. Les établissements de santé. Panorama de la DRESS santé. Paris: DRESS; 2022. <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2022-07/ES2022.pdf>
27. Coldefy M, Nestrigue C. L'hospitalisation au long cours en psychiatrie : analyse et déterminants de la variabilité territoriale. *Questions Eco Santé* 2014;(202).
28. Vannelle J. Les conférences de consensus en France dans le domaine de la schizophrénie. *Ann Médico Psychol* 2005;163(9):758-63. <https://dx.doi.org/10.1016/j.amp.2005.09.005>
29. Leboyer M, Llorca P. Psychiatrie : l'état d'urgence. Paris: Fayard; 2018.
30. National Institute for Health and Care Excellence. Bipolar disorder: assessment and management. Clinical guidance 185. London: NICE; 2023. <https://www.nice.org.uk/guidance/cg185/resources/bipolar-disorder-assessment-and-management-pdf-35109814379461>
31. Haute Autorité de santé. Patient avec un trouble bipolaire : repérage et prise en charge initiale en premier recours. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2015. https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2015-10/fiche_memo_rapport_elaboration_trouble_bipolaire_mel.pdf
32. Nierenberg AA, Agustini B, Köhler-Forsberg O, Cusin C, Katz D, Sylvia LG, et al. Diagnosis and treatment of bipolar disorder: a review. *JAMA* 2023;330(14):1370-80. <https://dx.doi.org/10.1001/jama.2023.18588>
33. Haute Autorité de santé. Fiche mémo. Patient avec un trouble bipolaire : repérage et prise en charge initiale en premier recours. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2015. https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2015-10/fiche_memo_trouble_bipolaire_vd.pdf
34. Centre de Référence des maladies rares à Expression Psychiatrique, Cohen D. Protocole National de Diagnostic et de Soins (PNDS) Schizophrénie à début précoce. Partie 1 – Texte du PNDS. Paris: CRMR; 2022. https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2022-10/cil_sczdp_has_pnds_texte_27_09_22_version-finale.pdf
35. National Institute for Health and Care Excellence. Psychosis and schizophrenia in adults: prevention and management. Clinical guideline 178. London: NICE; 2014. <https://www.nice.org.uk/guidance/cg178/resources/psychosis-and-schizophrenia-in-adults-prevention-and-management-pdf-35109758952133>
36. Lepage MJ, Caron C. Cadre de référence. Programmes d'interventions pour premiers épisodes psychotiques (PIPEP). Québec: Ministère de la santé et des services sociaux; 2019. <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2018/18-914-12W.pdf>
37. Dubreucq J, Plasse J, Franck N. Self-stigma in serious mental illness: a systematic review of frequency, correlates, and consequences. *Schizophr Bull* 2021;47(5):1261-87. <https://dx.doi.org/10.1093/schbul/sbaa181>
38. Centre de preuves en psychiatrie et santé mentale, Hardy-Baylé MC. Données de preuves en vue d'améliorer le parcours de soins et de vie des personnes présentant un handicap psychique sous-tendu par un trouble schizophrénique. Rapport. Le Chesnay: Centre de preuves en psychiatrie et santé mentale; 2015. http://www.handiplace.org/media/pdf/autres/RAPPORT_donnees_preuves_handicap_psychique.pdf
39. Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux. Spécificités de l'accompagnement des adultes handicapés psychiques. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2016.
40. Coldefy M, Gandré C. Atlas de la santé mentale en France. Paris: IRDES; 2020. <https://www.irdes.fr/recherche/ouvrages/007-atlas-de-la-sante-mentale-en-france.pdf>
41. Gandré C, Moreau D, Ben Dridi I, Seppänen AV, Consortium Canopée. Obstacles, ressources et contrastes dans les parcours de soins complexes : le cas du cancer chez les personnes vivant avec un trouble psychique sévère. *Questions Eco Santé* 2023;(281).
42. Haute Autorité de santé. Label de la HAS. Comment améliorer la prise en charge somatique des patients ayant une pathologie psychiatrique sévère et chronique. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2015. https://www.has-sante.fr/jcms/c_2059048/fr/label-de-la-has-comment-ameliorer-la-prise-en-charge-somatique-des-patients-ayant-une-pathologie-psychiatrique-severe-et-chronique
43. Cour des comptes. La pédopsychiatrie. Un accès et une offre de soins à réorganiser. Communication à la commission des affaires sociales de l'Assemblée nationale. Paris: Cour des comptes; 2023. <https://www.ccomptes.fr/system/files/2023-03/20230321-pedopsychiatrie.pdf>
44. Inspection générale des affaires sociales, Lopez A, Turan-Pelletier G. Organisation et fonctionnement du dispositif de soins psychiatriques, 60 ans après la circulaire du 15 mars 1960. Rapport N°2017-064R tome 1. Paris: IGAS; 2017. https://igas.gouv.fr/IMG/pdf/2017-064R-Tome_1_rapport.pdf
45. Milon A, Amiel MM. Rapport d'information fait au nom de la mission d'information sur la situation de la psychiatrie des mineurs en France. Rapport n°494. Paris: Sénat; 2017. <https://www.senat.fr/rap/r16-494/r16-4941.pdf>
46. Ministère de la santé et de la prévention. Plan d'action en faveur du bien-être et de la santé des jeunes. Paris: Ministère de la santé et de la prévention; 2016. https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/plan_bienetrejeunes_29novembre2016.pdf
47. Contrôleur général des lieux de privation de liberté, Hazan A. Les droits fondamentaux des mineurs enfermés. Paris: Dalloz; 2021.
48. Défenseur des droits. Enfance et violence : la part des institutions publiques. Paris: Défenseur des droits; 2019. <https://www.defenseurdesdroits.fr/rapport-annuel-sur-les-droits-de-lenfant-2019-enfance-et-violence-la-part-des-institutions>
49. 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 services de psychiatrie. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2016. https://www.has-sante.fr/jcms/c_1722310/fr/mieux-prevenir-et-prendre-en-charge-les-moments-de-violence-dans-l-evolution-clinique-des-patients-adultes-lors-des-hospitalisations-en-services-de-psychiatrie

50. Contrôleur général des lieux de privation de liberté. Les droits fondamentaux des mineurs en établissement de santé mentale. Paris: Dalloz; 2017.
http://www.cglpl.fr/wp-content/uploads/2017/11/Rapport-th%C3%A9matique-mineurs-hospitalis%C3%A9s_version-web.pdf
51. Dhote J, Moro MR, Lachal J. La transition de la pédopsychiatrie à la psychiatrie adulte, état des lieux. *Soins Psychiatr* 2017;38(312):12-5.
52. Schandrin A, Boulenger JP, Batlaj-Lovichi M, Capdevielle D. Relais entre pédopsychiatrie et psychiatrie d'adulte : évaluation et propositions. *Eur Psychiatry* 2020;28(S2):65-.
<https://dx.doi.org/10.1016/j.eurpsy.2013.09.172>
53. Singh SP, Tuomainen H, Girolamo G, Maras A, Santosh P, McNicholas F, *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 MILESTONE study). *BMJ Open* 2017;7(10):e016055.
<https://dx.doi.org/10.1136/bmjopen-2017-016055>
54. Haute Autorité de santé. Évaluation et prise en charge des syndromes psychotraumatiques. Enfants et adultes. Note de cadrage. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2020.
55. Vaiva G, Jehel L, Cottencin O, Ducrocq F, Duchet C, Omnes C, *et al.* Prévalence des troubles psychotraumatiques en France métropolitaine. *Encephale* 2008;1318(6):541.
<https://dx.doi.org/http://dx.doi.org/10.1016/j.encep.2007.11.006>
56. Alonso J, Angermeyer MC, Bernert S, Bruffaerts R, Brugha TS, Bryson H, *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.
<https://dx.doi.org/10.1111/j.1600-0047.2004.00327.x>
57. Alisic E, van der Schoot TA, van Ginkel JR, Kleber RJ. Looking beyond posttraumatic stress disorder in children: posttraumatic stress reactions, posttraumatic growth, and quality of life in a general population sample. *J Clin Psychiatry* 2008;69(9):1455-61.
<https://dx.doi.org/10.4088/jcp.v69n0913>
58. Copeland WE, Keeler G, Angold A, Costello EJ. Traumatic events and posttraumatic stress in childhood. *Arch Gen Psychiatry* 2007;64(5):577-84.
<https://dx.doi.org/10.1001/archpsyc.64.5.577>
59. McLaughlin KA, Koenen KC, Hill ED, Petukhova M, Sampson NA, Zaslavsky AM, Kessler RC. Trauma exposure and posttraumatic stress disorder in a national sample of adolescents. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2013;52(8):815-30 e14.
<https://dx.doi.org/10.1016/j.jaac.2013.05.011>
60. Haute Autorité de santé. Manifestations dépressives à l'adolescence : repérage, diagnostic et prise en charge en soins de premier recours. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2014.
https://www.has-sante.fr/jcms/c_1782013/fr/manifestations-depressives-a-l-adolescence-reperage-diagnostic-et-prise-en-charge-en-soins-de-premier-recours
61. de Jong MH, Kamperman AM, Oorschot M, Priebe S, Bramer W, van de Sande R, *et al.* Interventions to reduce compulsory psychiatric admissions: a systematic review and meta-analysis. *JAMA Psychiatry* 2016;73(7):657-64.
<https://dx.doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2016.0501>
62. Molyneaux E, Turner A, Candy B, Landau S, Johnson S, Lloyd-Evans B. Crisis-planning interventions for people with psychotic illness or bipolar disorder: systematic review and meta-analyses. *BJPsych Open* 2019;5(4):e53.
<https://dx.doi.org/10.1192/bjo.2019.28>
63. Tinland A, Loubière S, Mugeot F, Jouet E, Pontier M, Baumstarck K, *et al.* Effect of psychiatric advance directives facilitated by peer workers on compulsory admission among people with mental illness: a randomized clinical trial. *JAMA Psychiatry* 2022;79(8):752-9.
<https://dx.doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2022.1627>
64. Contrôleur général des lieux de privation de liberté. Rapport d'activité 2023. Dossier de presse. Paris: CGLPL; 2024.
https://www.cglpl.fr/wp-content/uploads/2024/05/CGLPL_Rapport-annuel-2023_Dossier-de-presse.pdf
65. Haute Autorité de santé. Programme de soins psychiatriques sans consentement. Mise en oeuvre. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2021.
https://www.has-sante.fr/jcms/p_3260568/fr/programme-de-soins-psychiatriques-sans-consentement
66. Haute Autorité de santé. Soutenir et encourager l'engagement des usagers dans les secteurs social, médico-social et sanitaire. Glossaire. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2020.
https://www.has-sante.fr/jcms/p_3201812/fr/soutenir-et-encourager-l-engagement-des-usagers-dans-les-secteurs-social-medico-social-et-sanitaire
67. Ministère du travail de la santé et des solidarités. Santé mentale et psychiatrie. Mise en oeuvre de la feuille de route. État d'avancement au 1er mars 2024. Paris: Ministère du travail de la santé et des solidarités; 2024.
https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/feuille_de_route.sante-mentale-psychiatrie-2024.pdf
68. da Costa H, Martin B, Franck N. Determinants of therapeutic alliance with people with psychotic disorders: a systematic literature review. *J Ner Ment Dis* 2020;208(4):329-39.
<https://dx.doi.org/10.1097/nmd.0000000000001125>
REPRINTDESK
69. Haute Autorité de santé. Processus d'annonce d'un diagnostic psychiatrique sévère à un patient majeur : enjeux, principes et place de l'entourage. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2022.
https://www.has-sante.fr/jcms/p_3367859/fr/processus-d-annonce-d-un-diagnostic-psychiatrique-severe-a-un-patient-adulte-enjeux-principes-et-place-de-l-entourage
70. Association nationale des centre régionaux d'études, d'actions et d'informations en faveur de personnes en situation de vulnérabilité. Etude relative à la population des majeurs protégés. Profils, parcours et évolutions. Clichy: ANCREAI; 2017.
71. Haute Autorité de santé. Accompagner la personne nécessitant une mesure de protection juridique. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2025.
https://www.has-sante.fr/jcms/p_3576577/fr/accompagner-la-personne-neecessitant-une-mesure-de-protection-juridique-argumentaire
72. Haute Autorité de santé. Le répit des aidants. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2024.
https://www.has-sante.fr/jcms/p_3351732/fr/repit-des-aidants

73. Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux. Considérer, intégrer, outiller. Guide de bonnes pratiques pour l'implication des proches en santé mentale. Boîte à outils à l'intention des intervenants. Québec: Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux; 2024.
<https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2023/23-914-12W.pdf>
74. Défenseur des droits. Les droits fondamentaux des personnes âgées accueillies en EHPAD. Paris: Défenseur des droits; 2021.
https://www.defenseurdesdroits.fr/sites/default/files/2023-03/ddd_rapport_droitsepad_20210500.pdf
75. Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux. Prise en compte de la souffrance psychique de la personne âgée : prévention, repérage et accompagnement. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2014.
https://www.has-sante.fr/jcms/c_2836216/fr/prise-en-compte-de-la-souffrance-psychique-de-la-personne-agee-prevention-reperage-et-accompagnement
76. Organisation mondiale de la santé. Santé mentale et vieillissement [En ligne] 2017.
<https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-of-older-adults>
77. National Institute for Health and Care Excellence. Older people: independence and mental wellbeing. NICE guideline [NG32]. London: NICE; 2015.
<https://www.nice.org.uk/guidance/ng32>
78. Haute Autorité de santé. Épisode dépressif caractérisé de l'adulte : prise en charge en premier recours. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2017.
https://www.has-sante.fr/jcms/c_1739917/fr/episode-depressif-caracterise-de-l-adulte-prise-en-charge-en-premier-recours
79. Thomas P, Hazif-Thomas C. Les nouvelles approches de la dépression de la personne âgée. Gérontol Soc 2008;31(126):141-55.
<https://dx.doi.org/10.3917/gs.126.0141>
80. Comité national pour la bientraitance et les droits des personnes âgées et des personnes handicapées. Prévention du suicide chez les personnes âgées. Paris: CNBD; 2013.
https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/CNBD_Prevention_du_suicide_Propositions_081013.pdf
81. Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé, Fédération française de psychiatrie. La crise suicidaire : reconnaître et prendre en charge. Conférence de consensus 19 et 20 octobre 2000 Amphithéâtre Charcot – Hôpital de la Pitié Salpêtrière - Paris. Paris: ANAES; 2000.
82. Observatoire national du suicide, Ulrich V, Carrière M, Desprat D, Carrasco V, Sterchele C, Boussaid N. Suicide. Quels liens avec le travail et le chômage ? Penser la prévention et les systèmes d'information. 4ème rapport. Paris: DRESS; 2020.
https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2021-01/ons_2020.pdf
83. Haute Autorité de santé. Les suicides et tentatives de suicide de patients. Analyse de 795 cas déclarés dans le cadre du dispositif de déclaration des EIGS entre mars 2017 et juin 2021. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2022.
https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2022-09/rapport_les_suicides_et_tentatives_de_suicide_de_patients_juillet_2022.pdf
84. Agence nationale d'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux. Repérage des risques de perte d'autonomie ou de son aggravation pour les personnes âgées. Volet domicile. Saint-Denis: ANESM; 2016.
https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2018-03/anesm-rbpb_reperage_des_risques_personnes_agees_a5-bat_-_pdf_interactif.pdf
85. Cohen L, Desmidt T, Limosin F. La psychiatrie de la personne âgée : enjeux et perspectives. Ann Médico Psychol 2014;172(9):781-4.
<https://dx.doi.org/https://doi.org/10.1016/j.amp.2014.09.001>
86. Falissard B, Loze JY, Gasquet I, Duburc A, de Beaurepaire C, Fagnani F, Rouillon F. Prevalence of mental disorders in French prisons for men. BMC Psychiatry 2006;6:33.
<https://dx.doi.org/10.1186/1471-244X-6-33>
87. Fovet T, Plancke L, Amariei A, Benradia I, Carton F, Sy A, et al. Mental disorders on admission to jail: a study of prevalence and a comparison with a community sample in the north of France. Eur Psychiatry 2020;63(1):e43.
<https://dx.doi.org/10.1192/j.eurpsy.2020.38>
88. Fazel S, Seewald K. Severe mental illness in 33 588 prisoners worldwide: systematic review and meta-regression analysis. Br J Psychiatry 2012;200(5):364-73.
<https://dx.doi.org/10.1192/bjp.bp.111.096370>
89. Fazel S, Baillargeon J. The health of prisoners. Lancet 2011;377(9769):956-65.
[https://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(10\)61053-7](https://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(10)61053-7)
90. Fédération régionale de recherche en psychiatrie et santé mentale Hauts de France, Forvet T, Lancelevée C, Wathélet M, El Qaoubii O, Thomas P. La santé mentale en population carcérale sortante : une étude nationale. Saint-André-lez-Lille: F2RM Psy; 2022.
<https://www.f2rsmpsy.fr/sante-mentale-population-carcerale-resultat-drune-nouvelle-etude-nationale-nouvelle-feuille-route.html>
91. Gharib A, Hieulle A, Amad A, Horn M, Hedouin V, Thomas P, Fovet T. Soins médicaux généraux en unité hospitalière spécialement aménagée : une enquête nationale. Encephale 2019;45(2):139-46.
<https://dx.doi.org/10.1016/j.encep.2018.06.004>
92. Fovet T, Eck M, Bouchard JP. De quels troubles psychiatriques souffrent les personnes détenues en France ? Ann Médico-psychol 2022;180(9):970-7.
<https://dx.doi.org/10.1016/j.amp.2022.08.008>
93. Fovet T, Thomas P, Amad A. Psychiatrie en milieu pénitentiaire : une sémiologie à part ? Ann Médico Psychol 2015;173(8):726-30.
<https://dx.doi.org/10.1016/j.amp.2015.07.033>
94. Eck M, Scoufflaire T, Debien C, Amad A, Sannier O, Chan Chee C, et al. Le suicide en prison : épidémiologie et dispositifs de prévention. Presse Med 2019;48(1 Pt 1):46-54.
<https://dx.doi.org/10.1016/j.lpm.2018.11.009>
95. Belet B, D'Hondt F, Horn M, Amad A, Carton F, Thomas P, et al. Trouble de stress post-traumatique en milieu pénitentiaire. Encephale 2020;46(6):493-9.
<https://dx.doi.org/10.1016/j.encep.2020.04.017>
96. Fovet T, Lancelevée C, Thomas P. Santé mentale et justice pénale en France : état des lieux et problématiques émergentes. Bull Acad Natl Med 2022;206(3):301-9.
<https://dx.doi.org/10.1016/j.banm.2021.10.011>

97. Contrôleur général des lieux de privation de liberté. Avis du 14 octobre 2019 relatif à la prise en charge des personnes détenues atteintes de troubles mentaux. Journal Officiel 2019;22 novembre 2019.
98. Institut national de la santé et de la recherche médicale. Comorbidités psychiatriques chez les usagers de drogues [chapitre 4]. Dans: Institut national de la santé et de la recherche médicale, ed. Réduction des risques infectieux chez les usagers de drogues. Paris: INSERM; 2010. p. 57-64.
99. Regier DA, Farmer ME, Rae DS, Locke BZ, Keith SJ, Judd LL, Goodwin FK. Comorbidity of mental disorders with alcohol and other drug abuse: results from the epidemiologic catchment area (ECA) Study. JAMA 1990;264(19):2511-8. <https://dx.doi.org/10.1001/jama.1990.03450190043026>
100. European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, Torrens M, Mestre-Pintó JI, Domingo-Salvany A, Montanari L, Vicente J. Comorbidity of substance use and mental disorders in Europe. Luxembourg: EMCDDA; 2015. https://www.emcdda.europa.eu/publications/insights/comorbidity-substance-use-mental-disorders-europe_en
101. Boumendjel M, Benyamina A. Les « pathologies duelles » en addictologie : état des lieux et prise en charge [Chapitre 15]. Dans: Reynaud M, Karila L, Aubin HJ, Benyamina A, ed. Traité d'addictologie. Cachan: Lavoisier; 2016. p. 139-49.
102. Benyamina A. Pathologie duelle, actualités et perspectives. Ann Médico Psychol 2018;176(8):742-5. <https://dx.doi.org/https://doi.org/10.1016/j.amp.2018.08.016>
103. Haute Autorité de santé. Prévention des addictions et réduction des risques et des dommages (RdRD) dans les établissements et services sociaux et médico-sociaux (ESSMS). Saint-Denis La Plaine: HAS; 2022. https://www.has-sante.fr/jcms/p_3218478/fr/prevention-des-addictions-et-reduction-des-risques-et-des-dommages-rd-rd-dans-les-etablissements-et-services-sociaux-et-medico-sociaux-essms
104. Haute Autorité de santé. Grande Précarité et troubles psychiques. Intervenir auprès des personnes en situation de grande précarité présentant des troubles psychiques. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2023. https://www.has-sante.fr/jcms/p_3289276/fr/grande-precarite-et-troubles-psychiques-intervenir-aupres-des-personnes-en-situation-de-grande-precarite-presentant-des-troubles-psychiques
105. Bourgain C, Falissard B, Blecha L, Benyamina A, Karila L, Reynaud M. A damage/benefit evaluation of addictive product use. Addiction 2012;107(2):441-50. <https://dx.doi.org/10.1111/j.1360-0443.2011.03675.x>
106. Nutt DJ, King LA, Phillips LD. Drug harms in the UK: a multicriteria decision analysis. Lancet 2010;376(9752):1558-65. [https://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(10\)61462-6](https://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(10)61462-6)
107. Observatoire français des drogues et des toxicomanies, Morel d'Arleux J, Brisacier AC, Brissot A, Cadet-Tairou A, Chyderiotis S, et al. Drogues et addictions, données essentielles. Paris: OFDT; 2019. <http://www.ofdt.fr/BDD/publications/docs/DADE2019.pdf>
108. Andler R, Quatremère G, Richard JB, Beck F, Nguyen-Thanh V. La consommation d'alcool des adultes en France en 2021, évolutions récentes et tendances de long terme. BEH 2024;(2):22-31.
109. Nguyen-Thanh V, Guignard R. Consommation d'alcool, comportements et conséquences pour la santé [dossier]. BEH 2019;(5-6):87-117.
110. Guérin S, Laplanche A, Dunant A, Hill C. Alcohol-attributable mortality in France. Eur J Public Health 2013;23(4):588-93. <https://dx.doi.org/10.1093/eurpub/ckt015>
111. Institut national de la santé et de la recherche médicale. Réduction des dommages associés à la consommation d'alcool. Montrouge: INSERM; 2023.
112. Observatoire français des drogues et des toxicomanies. Alcool [En ligne]. Paris: OFDT; 2023. <https://www.ofdt.fr/produits-et-addictions/de-z/alcool/>
113. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders, fifth edition, text revision : DSM-5-TR. Washington: APA; 2022. <https://www.psychiatry.org/psychiatrists/practice/dsm>
114. Anderson P, Gual A, Colom J, INCa (trad.). Alcool et médecine générale : Recommandations cliniques pour le repérage précoce et les interventions brèves. Paris: INCA; 2008. <https://www.santepubliquefrance.fr/determinants-de-sante/alcool/documents/referentiel/alcool-et-medecine-generale-recommandations-cliniques-pour-le-reperage-precoce-et-les-interventions-brevues>
115. Santé publique France, Institut national du cancer. Avis d'experts relatif à l'évolution du discours public en matière de consommation d'alcool en France. Expertise. Saint-Maurice: SPF; 2017. <https://www.santepubliquefrance.fr/les-actualites/2017/avis-d-experts-relatif-a-l-evolution-du-discours-public-en-matiere-de-consommation-d-alcool-en-france-organise-par-sante-publique-france-et-l-insti>
116. Société française d'alcoologie, Association addictions France, European Federation of Addiction Societies. Mésusage de l'alcool : dépistage, diagnostic et traitement. D'après la méthode « Recommandations pour la pratique clinique » [Version du 9 février 2015 actualisé le 5 juin 2023]. Amiens: SFA; 2023. <https://sfalcoologie.fr/2023-actualisation-des-recommandations-mesusage-depistage-diagnostic-et-traitement/>
117. Benyamina A, Reynaud M, Aubin HJ. Alcool et troubles mentaux. De la compréhension à la prise en charge diagnostic. Issy-les-Moulineaux: Elsevier Masson ; 2013.
118. Collège de la Médecine Générale, Mission interministérielle de lutte contre les drogues et les conduites addictives. Pathologies duelles. De quoi on parle ? Kit addictions. Fiche pratique. Paris: CMG; 2022. <https://www.cmg.fr/wp-content/uploads/2024/03/Kit-addiction-Pathologies-duelles.pdf>
119. Fédération française d'addictologie. La réduction des risques et des dommages liés aux conduites addictives. 1ère Audition publique 2.0 des 7 & 8 avril 2016 à Paris. Paris: FFA ; 2016. https://bdoc.ofdt.fr/doc_num.php?explnum_id=23150
120. Anderson P, Jané-Llopis E, Hasan OSM, Rehm J. Changing collective social norms in favour of reduced harmful use of alcohol: a review of reviews. Alcohol Alcoholism 2018;53(3):326-32. <https://dx.doi.org/10.1093/alcalc/axq121>

121. World Health Organization, Babor TF, Higgins-Biddle JC, Saunders JB, Monteiro MG. Audit: the alcohol use disorders identification test. Guidelines for use in primary health care, 2nd ed. Geneva: WHO; 2001.
<https://iris.who.int/handle/10665/67205>
122. Anderson BO, Berdzuli N, Ilbawi A, Kestel D, Kluge HP, Krech R, *et al.* Health and cancer risks associated with low levels of alcohol consumption. *Lancet Public Health* 2023;8(1):e6-e7.
[https://dx.doi.org/https://doi.org/10.1016/S2468-2667\(22\)00317-6](https://dx.doi.org/https://doi.org/10.1016/S2468-2667(22)00317-6)
123. Picard A. Un siècle de communication sur les risques liés à l'alcool. *Santé Homme* 2003;(368):32-3.
124. Observatoire français des drogues et des toxicomanies, Spilka S, Le Nézet O, Janssen E, Brissot A, Philippon A. Les drogues à 17 ans : analyse de l'enquête ESCAPAD 2017. *Tendances OFDT* 2018;(123).
125. Pérez-García JM, Suárez-Suárez S, Doallo S, Cadaveira F. Effects of binge drinking during adolescence and emerging adulthood on the brain: A systematic review of neuroimaging studies. *Neurosci Biobehav Rev* 2022;137:104637.
<https://dx.doi.org/https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2022.104637>
126. Squeglia LM, Tapert SF, Sullivan EV, Jacobus J, M.J. Meloy MJ, Rohlfing T, Pfefferbaum A. Brain development in heavy-drinking adolescents. *Am J Psychiatry* 2015;172(6):531-42.
<https://dx.doi.org/10.1176/appi.ajp.2015.14101249>
127. David S, Buyck JF, Metten MA. Les médecins généralistes face aux conduites addictives de leurs patients. Résultats du Panel d'observation des pratiques et conditions d'exercice en médecine générale. *Dossiers DRESS* 2021;(80).
128. Benech G, Reynaud M, Basset B. La réduction des risques et des dommages liés à l'alcool (RdRDA). Historique, pratiques, analyse et propositions. Paris: Addict'aide; 2021.
<https://www.addictaide.fr/la-reduction-des-risques-et-des-dommages-lies-a-lalcool-rdrda-historique-pratiques-analyse-et-propositions/>
129. Haute Autorité de santé. Agir en premier recours pour diminuer le risque alcool. Repérer tous les usages et accompagner chaque personne. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2023.
https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2023-10/guide_agir_en_premier_recours_pour_diminuer_le_risque_alcool.pdf
130. Haute Autorité de santé, Société française de néonatalogie. Troubles du neurodéveloppement. Repérage et orientation des enfants à risque. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2020.
https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2020-03/reco299_recommandations_reperage_tnd_mel_v2.pdf
131. Délégation interministérielle à la stratégie nationale pour les troubles du neurodéveloppement. Stratégie nationale 2023-2027 pour les troubles du neurodéveloppement : Autisme, DYS, TDAH, TDI. Garantir aux personnes des accompagnements de qualité et le respect de leurs choix. Paris: Ministère des solidarités et des familles; 2023.
https://handicap.gouv.fr/sites/handicap/files/2023-11/DP%20strat%C3%A9gie%20nationale%20TND%202023_2027.pdf
132. Haute Autorité de santé. Trouble du neurodéveloppement/TDAH : Diagnostic et interventions thérapeutiques auprès des enfants et adolescents. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2024.
133. Haute Autorité de santé, Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux. Autisme et autres troubles envahissants du développement : interventions éducatives et thérapeutiques coordonnées chez l'enfant et l'adolescent. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2012.
https://www.has-sante.fr/jcms/c_953959/fr/autisme-et-autres-troubles-envahissants-du-developpement-interventions-educatives-et-therapeutiques-coordonnees-chez-l-enfant-et-l-adolescent
134. Haute Autorité de santé. Trouble du spectre de l'autisme (TSA) : interventions et parcours de vie de l'enfant et de l'adolescent. Note de cadrage. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2023.
https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2023-06/reco463_note_cadrage_tsa_mel.pdf
135. Haute Autorité de santé. L'accompagnement de la personne présentant un trouble du développement intellectuel (TDI) - Volet 1 Autodétermination et évaluations fonctionnelles. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2022.
https://www.has-sante.fr/jcms/p_3237847/fr/l-accompagnement-de-la-personne-presentant-un-trouble-du-developpement-intellectuel-tdi-volet-1
136. Haute Autorité de santé. L'accompagnement de la personne présentant un trouble du développement intellectuel. Note de cadrage. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2021.
https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2022-04/tidi_note_de_cadrage.pdf
137. 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; 2015.
https://www.has-sante.fr/jcms/c_1362146/fr/conduite-a-tenir-en-medecine-de-premier-recours-devant-un-enfant-ou-un-adolescent-susceptible-d-avoir-un-trouble-deficit-de-l-attention-avec-ou-sans-hyperactivite
138. Haute Autorité de santé. Trouble du neurodéveloppement/ TDAH : Repérage, diagnostic et prise en charge des adultes - Note de cadrage. Saint-Denis La Plaine: HAS ; 2021.
139. Haute Autorité de santé. Comment améliorer le parcours de santé d'un enfant avec troubles spécifiques du langage et des apprentissages. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2017.
https://www.has-sante.fr/jcms/c_2822893/fr/comment-ameliorer-le-parcours-de-sante-d-un-enfant-avec-troubles-specifiques-du-langage-et-des-apprentissages
140. Secrétariat d'état chargé des personnes handicapées. Autisme. Stratégie nationale pour l'Autisme au sein des troubles du neuro-développement. Paris : Secrétariat d'état chargé des personnes handicapées; 2018.
https://handicap.gouv.fr/sites/handicap/files/files-spip/pdf/strategie_nationale_autisme_2018.pdf
141. Haute Autorité de santé. Coordination entre le médecin généraliste et les différents acteurs de soins dans la prise en charge des patients adultes souffrant de troubles mentaux. Etats des lieux, repères et outils pour une amélioration. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2018.
https://www.has-sante.fr/jcms/c_2874187/fr/coordination-entre-le-medecin-generaliste-et-les-differents-acteurs-de-soins-dans-la-prise-en-charge-des-patients-adultes-souffrant-de-troubles-mentaux-etats-des-lieux-reperes-et-outils-pour-une-amelioration

142. Gigonzac V, Breuillard E, Bossard C, Guseva-Canu I, Khireddine-Medouni I. Caractéristiques associées à la mortalité par suicide parmi les hommes agriculteurs exploitants entre 2007 et 2011. Saint-Maurice: SPF; 2017.
<https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/sante-mentale/suicides-et-tentatives-de-suicide/documents/rapport-synthese/caracteristiques-associees-a-la-mortalite-par-suicide-parmi-les-hommes-agriculteurs-exploitants-entre-2007-et-2011>
143. Klingelschmidt J, Chastang JF, Khireddine-Medouni I, Chérié-Challine L, Niedhammer I. Mortalité par suicide des salariés affiliés au régime agricole en activité entre 2007 et 2013 : description et comparaison à la population générale. BEH 2018;(27):549-55.
144. Mutualité sociale agricole. Rapport charges et produits MSA 2020. Paris: MSA caisse centrale; 2019.
<https://statistiques.msa.fr/wp-content/uploads/2019/07/Charges-et-produits-MSA-2020.pdf>
145. Lenoir D. Prévention du mal-être et du risque suicidaire en agriculture. Rapport de capitalisation de la première année de mise en oeuvre de « la feuille de route pour la prévention du mal-être et pour l'accompagnement des agriculteurs et des salariés agricoles ». Rapport IGAS N°2022-013R. Paris: IGAS; 2023.
https://www.igas.gouv.fr/IMG/pdf/2022-013r_.pdf
146. Organisation mondiale de la santé. Santé des réfugiés et des migrants [En ligne] 2022.
<https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/refugee-and-migrant-health>
147. Organisation mondiale de la santé. Santé mentale et déplacements forcés [En ligne] 2021.
<https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-and-forced-displacement>
148. Département des statistiques des études et de la documentation, Henry J. La santé générale et mentale des nouveaux migrants. Dans: Direction générale des étrangers en France, ed. ELIPA Enquête longitudinale sur l'intégration des primo-arrivants. L'essentiel sur l'ELIPA 2. Paris: DGEF; 2024. p. 75-88.
<https://www.immigration.interieur.gouv.fr/Info-ressources/Etudes-et-statistiques/Etudes/Etudes/Revue-Elipa-2>
149. Müller LRF, Büter KP, Rosner R, Unterhitzberger J. Mental health and associated stress factors in accompanied and unaccompanied refugee minors resettled in Germany: a cross-sectional study. Child Adolesc Psychiatry Ment Health 2019;13:8.
<https://dx.doi.org/10.1186/s13034-019-0268-1>
150. Hamel E, Veisse A, Kotobi L. Migrants en situation de vulnérabilité et santé [Dossier]. Santé Action 2021;(455).
151. Médecins sans frontières, Comede. La santé mentale des mineurs non accompagnés. Effets des ruptures de la violence et de l'exclusion. Le Kremlin-Bicêtre: Médecins sans frontières; Comede; 2021.
<https://www.comede.org/wp-content/uploads/2021/11/rapport-sant%C3%A9-mentale-MNA-web.pdf>
152. Délégation ministérielle au numérique en santé, Délégation ministérielle à la santé mentale et la psychiatrie. Plan d'action du Grand Défi « Dispositifs médicaux numériques en santé mentale » France 2030 rapprochons le futur. Paris: Ministère du Travail, de la Santé et des Solidarités; 2024.
<https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/grand-defi-dm-numerique-en-sante-mentale.pdf>
153. Haute Autorité de santé. Quelle place pour les benzodiazépines dans l'anxiété ? [Fiche]. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2024.
https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2024-07/bum_bzd_anxiete_11_07_24_vf.pdf
154. Haute Autorité de santé. Quelle place pour les benzodiazépines dans l'insomnie ? [Fiche]. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2024.
https://www.has-sante.fr/jcms/c_2015058/fr/quelle-place-pour-les-benzodiazepines-dans-l-insomnie
155. Haute Autorité de santé. Programme pour l'amélioration de l'impact des recommandations 2023-2028. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2023.
https://has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2023-04/programme_amelioration_impact_des_recommandations_2023-2028_-_mars_2023.pdf

Abréviations et acronymes

API	Alcoolisation ponctuelle importante
ASE	Aide sociale à l'enfance
AVI	Années vécues avec une incapacité
BUM	Bon usage du médicament
CGLPL	Contrôleur général des lieux de privation de liberté
CMP	Centre médico-psychologique
CNEDiMTS	Commission nationale d'évaluation des dispositifs médicaux et des technologies de santé
CN2R	Centre national de ressources et de résilience
Comede	Comité pour la santé des exilé.e.s
CRPPI	Commission recommandations, pertinence, parcours et indicateurs
CT	Commission de la transparence
CUMP	Cellule d'urgences médico-psychologiques
DAQSS	Direction de l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins
DCIEU	Direction de la communication, de l'information et de l'engagement des usagers
DEAI	Direction de l'évaluation et de l'accès à l'innovation
DGOS	Direction générale de l'Offre de soins
DGS	Direction générale de la Santé
DiQASM	Direction de la qualité de l'accompagnement social et médico-social
DMN	Dispositifs médicaux numériques
DSM	Diagnostic and Statistical Manual of mental disorders
ECT	Électroconvulsivothérapie
EHPA	Établissement d'hébergement pour personnes âgées
EHPAD	Établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes
EIGS	Évènements indésirables graves liés aux soins
ES	Établissement de santé
ESPIC	Établissement de santé privé d'intérêt collectif
ESSMS	Établissements et services sociaux et médico-sociaux
FA	Fiche anomalie
FALC	Facile à lire et à comprendre
FFP	Fédération française de psychiatrie
GEM	Groupe d'entraide mutuelle
HAS	Haute Autorité de santé
IQSS	Indicateur de qualité et de sécurité des soins
LATM	Liste des activités de télésurveillance médicale
LFSS	Loi de financement de la sécurité sociale

LPP	Liste des produits et prestations
MAP	Mesure d'anticipation en psychiatrie
MCO	Médecine, chirurgie, obstétrique
MNA	Mineur non accompagné
NICE	National Institute for Health and Care Excellence
OMS	Organisation mondiale de la santé
OR	Odds ratio
OTSS	Organisation et transformation du système de santé
PJJ	Protection judiciaire de la jeunesse
PNDS	Protocole national de diagnostic et de soins
PTSM	Projet territorial de santé mentale
QSS	Qualité et sécurité des soins
SMPR	Service médico-psychologique régional
SMR	Soins médicaux et de réadaptation
TDAH	Trouble déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité
TDI	Trouble du développement intellectuel
TND	Trouble du neurodéveloppement
TSA	Trouble du spectre de l'autisme
TSLA	Trouble spécifique du langage et des apprentissages
TUA	Trouble de l'usage de l'alcool
UAPED	Unité d'accueil pédiatrique enfants en danger
UHSA	Unité hospitalière spécialement aménagée
UMD	Unités pour malades difficiles
UMJ	Unité médico-judiciaire
UNCAM	Union nationale des caisses d'assurance maladie
UNHCR	Agence des Nations unies pour les réfugiés
USMP	Unité sanitaire en milieu pénitentiaire

Retrouvez tous nos travaux sur
www.has-sante.fr

