



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

Programme pluriannuel

Psychiatrie et santé mentale 2018-2023

Juin 2018

Ce document, comme l'ensemble des publications, est téléchargeable sur :
www.has-sante.fr

Haute Autorité de Santé

Service communication – information

5, avenue du Stade de France – F 93218 Saint-Denis La Plaine Cedex

Tél. : +33 (0)1 55 93 70 00 – Fax : +33 (0)1 55 93 74 00

Sommaire

Préambule	4
Contexte et démarche de la HAS	4
Travaux envisagés dans le cadre du programme pluriannuel « psychiatrie et santé mentale » 2018-2023.....	5
Thème 1. Droits et sécurité en psychiatrie	
1. Améliorer la prise en charge des patients en programmes de soins	8
2. Améliorer la prescription de psychotropes lors des moments de violence	9
3. Mieux évaluer et prendre en charge le psychotraumatisme chez l'enfant et chez l'adulte.....	9
4. Échange et partage d'informations en psychiatrie	10
Thème 2. Troubles mentaux sévères et persistants et handicap psychique	
1. Améliorer l'identification des signes précurseurs et la précocité des interventions pour les pathologies psychiatriques émergentes (schizophrénie) chez les personnes âgées de 16 ans et plus.....	11
2. Mieux diagnostiquer et prendre en charge les comorbidités psychiatriques et addictives.....	12
3. Réduire les risques et les dommages liés aux addictions dans les établissements et services sociaux et médico-sociaux	12
4. Handicap psychique : prévenir et réduire les situations de non-recours aux soins et aux accompagnements ainsi que les risques de rupture dans le parcours de soins et de vie.....	13
5. Améliorer la prise en charge des comorbidités psychiatriques associées à l'épilepsie	13
6. Évaluation cognitive et soins de réhabilitation psychosociale.....	14
Thème 3. Pédopsychiatrie	
1. Mieux prévenir, diagnostiquer et prendre en charge les troubles psychiques périnataux.....	16
2. Améliorer la coordination entre services de pédopsychiatrie et services de protection de l'enfance	17
3. Améliorer la continuité de la prise en charge entre services de pédopsychiatrie et services de psychiatrie adulte	19
4. Améliorer la prévention et la prise en charge des moments de violence dans l'évolution clinique des enfants et des adolescents lors des hospitalisations en service de psychiatrie infanto-juvénile.....	19
5. Améliorer la prévention et la prise en charge des tentatives de suicide chez l'enfant et l'adolescent	20
Thème 4. Autres thèmes	
1. Annonce du diagnostic en psychiatrie	21
Missions transversales HAS	
1. Développer de nouveaux indicateurs de qualité et de sécurité des soins (IQSS) en psychiatrie et santé mentale	22
2. Future certification des établissements de santé - champ de la psychiatrie et de la santé mentale	22
3. Pertinence des soins dans le champ de la psychiatrie et de la santé mentale.....	23
4. E-santé mentale.....	23
5. Médicaments : avis et fiches de bon usage.....	23
Annexe 1. Travaux réalisés dans le cadre du programme pluriannuel « psychiatrie et santé mentale » 2013-2017 de la HAS.....	24
Annexe 2. Calendrier prévisionnel des travaux envisagés dans le cadre du programme 2018-2023	26

Préambule

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

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

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

- des nouvelles saisines institutionnelles ;
- des futurs échanges avec les membres du comité de suivi « psychiatrie et santé mentale » de la HAS ;
- des résultats des études de faisabilité qui seront conduites pour les différents travaux envisagés ;
- de la fusion entre la HAS et l'Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux (ANESM)².

Ces orientations et travaux sont en cohérence avec les priorités établies par Mme Agnès Buzyn, ministre des Solidarités et de la Santé, et avec les orientations de la stratégie nationale de santé 2018-2022³.

Contexte et démarche de la HAS

Selon l'Organisation mondiale de la santé, une personne sur quatre sera touchée à un moment de sa vie par un trouble psychique, les troubles psychiques comptant parmi les causes principales de morbidité et de mortalité^{4,5}. Ces troubles et la souffrance qu'ils engendrent ont des répercussions sur la vie personnelle et sociale des personnes concernées ainsi que sur leur entourage⁴. Ils ont par ailleurs des conséquences économiques importantes, les coûts associés à la prise en charge sanitaire des troubles psychiques ayant représenté 8% des dépenses de santé en France en 2007⁶.

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

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

Pour répondre à ces exigences, un **comité de suivi** « psychiatrie et santé mentale » a été constitué en parallèle du programme pluriannuel. Il s'est jusqu'ici réuni une fois par an et est composé de représentants :

- des professionnels concernés (Collège de la médecine générale [CMG], Conseil national professionnel de psychiatrie, Collège national pour la qualité des soins en psychiatrie [CNQSP], Conférences des présidents de commissions médicales d'établissements, Fédération française de psychiatrie [FFP], représentants des infirmiers, des psychologues, des responsables qualité, des directeurs, etc.) ;
- d'institutionnels (Agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé et médico-sociaux [ANAP], Caisse nationale de l'assurance maladie [CNAM], Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie [CNSA], Direction générale de la cohésion sociale [DGCS], Direction générale de l'offre de soins [DGOS], Direction générale de la santé [DGS], Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques [DREES], secrétariat général du ministère de la Santé) ;

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

2. Depuis le 1^{er} avril 2018, la HAS a repris les missions et travaux de l'ANESM, intégrés au sein de la direction de la qualité de l'accompagnement social et médico-social (DiQASM).

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

4. World Health Organization. The World Health Report 2001 Mental Health: New Understanding, New Hope. Geneva: WHO; 2001.

5. World Health Organization. Regional Office for Europe. WHO European Ministerial Conference on Mental Health. Mental health: facing the challenges, building solutions: report from the WHO European Ministerial Conference. Copenhagen, Denmark: WHO, Regional Office for Europe; 2005.

6. Chevreur K, Prigent A, Bourmaud A, Leboyer M, Durand-Zaleski I. The cost of mental disorders in France. Eur Neuropsychopharmacol 2013;23(8):879-86.

- de fédérations (Fédération des établissements hospitaliers et d'aide à la personne [FEHAP], Fédération hospitalière de France [FHF], Fédération de l'hospitalisation privée [FHP]), d'usagers (Fédération nationale des associations d'usagers en psychiatrie [FNAPSY], Union nationale de familles et amis de personnes malades et/ou handicapées psychiques [UNAFAM]) et du contrôleur général des lieux de privation de liberté (CGLPL).

Des « personnalités qualifiées » ont également été associées aux travaux du comité de suivi.

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

Le premier programme pluriannuel a couvert la période 2013-2017. Trois thématiques y étaient abordées, les productions issues de ce programme sont listées en **annexe 1**⁷. Le bilan du programme a été dressé *via* une consultation des membres du comité de suivi et a donné lieu à des retours positifs sur la démarche et les modalités de travail mobilisées. En revanche, des perspectives d'amélioration ont été identifiées sur les questions de diffusion et d'appropriation des productions par les acteurs de terrain, perspectives sur lesquelles il est nécessaire de mettre l'accent par l'élaboration de stratégies prenant en compte cet enjeu majeur.

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

Il s'inscrit dans la continuité des travaux menés depuis 2013 mais aborde également de **nouvelles thématiques**, telles que la question de la **prise en charge des enfants et des adolescents** souffrant de troubles psychiques, sujet important qui remonte du terrain depuis plusieurs années. Ce nouveau programme est aussi l'occasion d'une **approche transversale** des différentes thématiques traitées jusqu'ici par la HAS, notamment *via* une réflexion sur les indicateurs de qualité et de sécurité des soins en psychiatrie et santé mentale.

Il a vocation à être évolutif et prendra en compte la fusion de l'ANESM et de la HAS, actée par le projet de loi de financement de la sécurité sociale (PLFSS) 2018. Cette fusion constitue en effet une grande opportunité pour le programme « psychiatrie et santé mentale » de la HAS dans la mesure où elle permettra une mutualisation des savoirs de l'ANESM et de la HAS, dans le cadre d'un travail conjoint autour d'orientations communes, et contribuera à un **décloisonnement structurel et culturel entre les secteurs sanitaire et médico-social**, particulièrement pertinent dans le champ de la psychiatrie et de la santé mentale.

Travaux envisagés dans le cadre du programme pluriannuel « psychiatrie et santé mentale » 2018-2023

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

Ces travaux, décrits ci-après, sont au nombre de 20 au total, complétés d'axes de travail plus vastes, notamment dans le champ des missions transversales de la HAS (pertinence des soins dans le champ de la psychiatrie et de la santé mentale, outils de e-santé mentale et avis et fiches de bon usage du médicament).

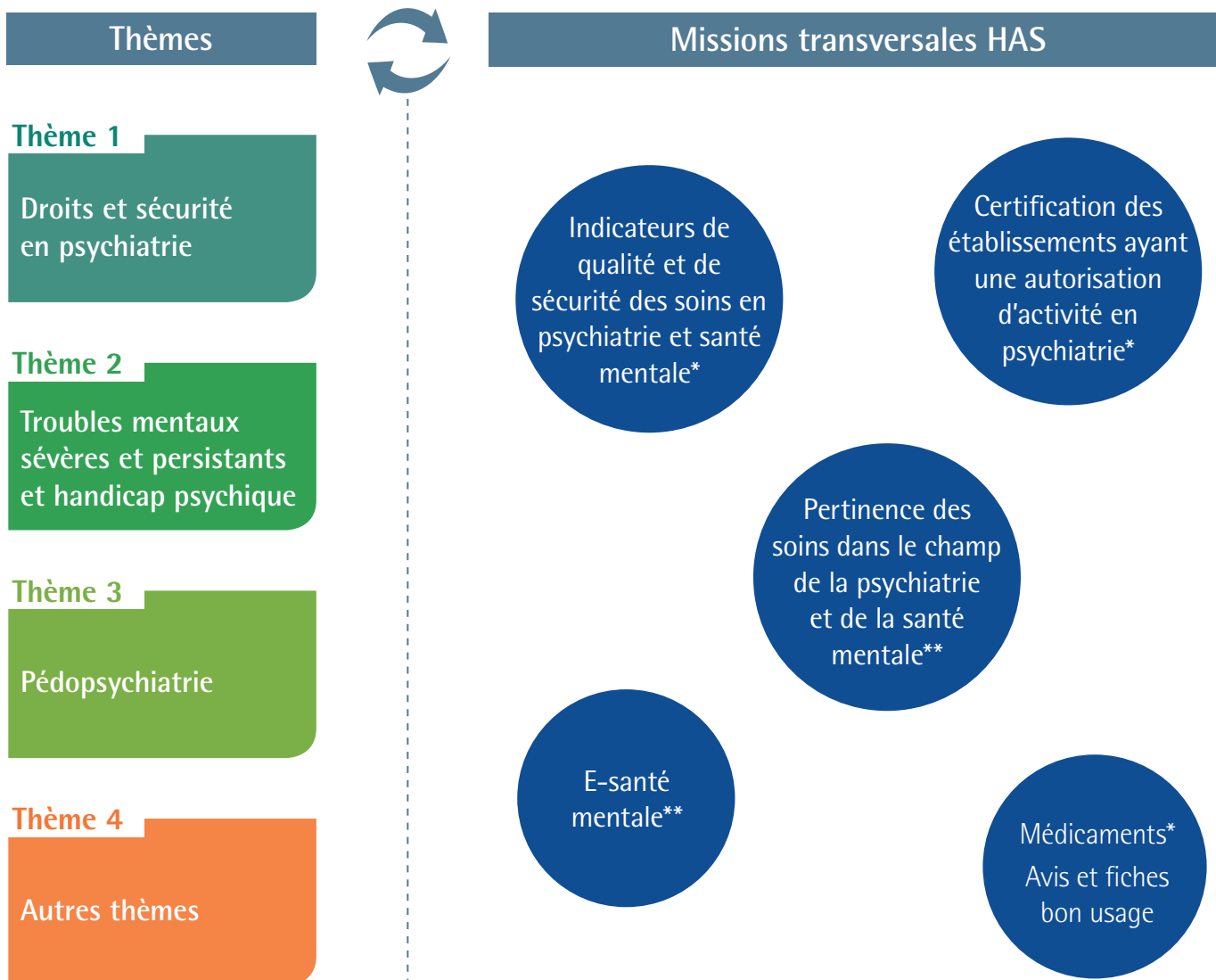
Quatre travaux⁸ et un axe de travail plus vaste (pertinence des soins dans le champ de la psychiatrie et de la santé mentale) relèvent d'autosaisines, de même que l'ensemble des travaux envisagés dans le champ de la pédopsychiatrie.

Neuf des travaux présentés font déjà l'objet d'une **inscription au programme de travail 2018 de la HAS**, d'autres travaux constituent des perspectives de travail à échéance plus lointaine et nécessitent des études préalables de cadrage et de faisabilité. Un échéancier prévisionnel est présenté en annexe 2.

7. Cette annexe inclut également la liste des productions de l'ANESM en lien avec le champ de la psychiatrie et de la santé mentale publiées sur la période 2013-2017.

8. Prescription de psychotropes lors des moments de violence ; Échange et partage d'informations en psychiatrie ; Annonce du diagnostic en psychiatrie ; Indicateurs de qualité et de sécurité des soins en psychiatrie et santé mentale.

► Thèmes et missions transversales de la HAS



* Sujets inscrits au programme de travail 2018 de la HAS.

** Perspective de travail plus lointaine et nécessitant des études préalables de cadrage et de faisabilité.

► Travaux envisagés dans chaque thème

Thème 1 – Droits et sécurité en psychiatrie

- Soins sans consentement (programmes de soins) : outil pour l'amélioration des pratiques professionnelles*
- Prescription de psychotropes lors des moments de violence**
- Évaluation et prise en charge du psychotraumatisme chez l'enfant et l'adulte*
- Échange et partage d'informations en psychiatrie**

Thème 3 – Pédopsychiatrie

- Prévention, diagnostic et prise en charge des troubles psychiques périnataux**
- Pédopsychiatrie et protection de l'enfance**
- Continuité de la prise en charge entre services de pédopsychiatrie et services de psychiatrie adulte**
- Prévention et prise en charge des moments de violence lors des hospitalisations en service de psychiatrie infanto-juvénile**
- Prévention et prise en charge des tentatives de suicide chez l'enfant et l'adolescent**

Thème 4 – Autres thèmes

- Annonce du diagnostic en psychiatrie**
- ...

Thème 2 – Troubles mentaux sévères et persistants et handicap psychique***

- Identification des signes précurseurs et intervention précoce pour les pathologies psychiatriques émergentes (schizophrénie) chez les personnes âgées de 16 ans et plus**
- Diagnostic et prise en charge des comorbidités psychiatriques et addictives**
- Prévention des addictions et réduction des risques et des dommages dans les établissements et services sociaux et médico-sociaux*
- Handicap psychique : prévention et réduction des situations de non-recours aux soins et aux accompagnements ainsi que des risques de rupture dans le parcours de soins et de vie**
- Épilepsie : travail portant sur l'épilepsie qui traitera également de la prise en charge des comorbidités psychiatriques associées*
- Évaluation cognitive et soins de réhabilitation psychosociale**, notamment abordés dans le cadre des travaux :
 - handicap psychique : évaluation cognitive et soins de réhabilitation psychosociale,
 - autodétermination et pratiques de mise en situation,
 - articulation et rôles entre les différentes interventions au domicile et les établissements et services sociaux et médico-sociaux.

* Sujets inscrits au programme de travail 2018 de la HAS.

** Perspective de travail plus lointaine et nécessitant des études préalables de cadrage et de faisabilité.

*** Recommandation en cours d'élaboration – demandes de label HAS : CNQSP-CNPP. Évaluation et prise en charge de la douleur physique en santé mentale.

Thème 1. Droits et sécurité en psychiatrie

Les travaux qui seront engagés sur ce thème s'inscrivent dans la continuité des travaux conduits dans le cadre du précédent programme « psychiatrie et santé mentale » de la HAS, qui ont notamment donné lieu à la production d'un guide, de programmes et d'outils « Mieux prévenir et prendre en charge les moments de violence dans l'évolution clinique des patients adultes lors des hospitalisations en service de psychiatrie »⁹ et d'une recommandation de bonne pratique « Isolement et contention en psychiatrie générale »¹⁰.

Ils sont également en lien avec les recommandations de bonnes pratiques professionnelles sur la prévention et les réponses aux « comportements-problèmes » à destination des enfants et adultes accueillis dans les établissements et services pour personnes handicapées produites par l'ANESM¹¹.

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

Le dispositif de soins sans consentement issu de la loi du 5 juillet 2011 introduit la possibilité de soins sans consentement dispensés au patient sous une autre forme que l'hospitalisation complète, notamment en ambulatoire et *via* des prises en charge à temps partiel dans le cadre de « programmes de soins ».

Il a été estimé que 40 % des personnes ayant reçu des soins sans consentement en France en 2015 ont été prises en charge en ambulatoire ou à temps partiel dans le cadre de programmes de soins, qui sont davantage mobilisés pour des soins sans consentement sur décision du représentant de l'État (53 % des patients) que pour des soins sans consentement à la demande d'un tiers (40 %)¹².

Une enquête conduite en Ile-de-France a mis en évidence que la quasi-totalité des secteurs de psychiatrie franciliens avait recours aux programmes de soins (94 %) avec toutefois une hétérogénéité importante entre secteurs concernant l'intensité de ce recours (moins de 5 recours annuels pour un tiers des secteurs et plus de 15 recours annuels pour un autre tiers)¹³.

Cette hétérogénéité serait liée non pas à des facteurs organisationnels (équipement, localisation, rattachement à un centre hospitalier spécialisé ou à un établissement MCO) mais au niveau de « familiarité » déclarée avec les programmes de soins au sein des secteurs de psychiatrie¹³. Par ailleurs, des difficultés dans la mise en œuvre des programmes de soins sont rapportées, notamment sur les questions d'obligations de soins à l'extérieur de l'hôpital, de stratégie thérapeutique à initier lorsque le programme de soins est mis en échec ou lorsque le patient ne le respecte pas¹⁴.

La Direction générale de la santé (DGS) a saisi la HAS pour la réalisation d'un travail sur les programmes de soins qui permettrait aux professionnels de pouvoir se référer à des bonnes pratiques pour la mise en place d'un tel programme et qui définirait ses modalités de mise en œuvre.

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

Ce sujet est inscrit au programme de travail 2018 de la HAS.

Intitulé	Demandeur(s) ou co-promoteur(s)	Livrable	Date de début	Date de fin	Service pilote
Soins sans consentement : outil pour l'amélioration des pratiques professionnelles	Ministère des Solidarités et de la Santé (DGS)	Évaluation et amélioration des pratiques	T3 2018	T2 2019	Service évaluation de la pertinence des soins et amélioration des pratiques et des parcours (SA3P)

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

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

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

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

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

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

2. Améliorer la prescription de psychotropes lors des moments de violence

Ce travail s'inscrit dans la continuité directe du travail effectué sur la prévention et la prise en charge des moments de violence dans l'évolution clinique des patients adultes lors des hospitalisations en service de psychiatrie¹⁵. Une utilisation à bon escient des psychotropes a en effet été identifiée comme faisant partie des réponses pouvant être apportées en prévention secondaire dans le cadre de situations de tension et de risque de violence. Toutefois, les recommandations internationales récentes, faisant référence concernant le choix des molécules les plus adaptées, ne sont pas directement transposables au contexte français en raison notamment de différences en termes de pratiques thérapeutiques et de prise en compte des effets indésirables.

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

3. Mieux évaluer et prendre en charge le psychotraumatisme chez l'enfant et chez l'adulte

Une exposition à un événement traumatique (violences familiales, sexuelles, violences dans le monde du travail, catastrophes et attentats notamment) peut avoir des conséquences sur la santé physique et psychique des personnes en étant victimes, les troubles engendrés étant regroupés sous le terme de psychotraumatisme^{16,17}.

- En France, il a été estimé *via* une enquête en population générale que 30 % de la population adulte ont été exposés à un événement potentiellement traumatique au cours de la vie, 5 % présentaient, depuis l'exposition, un psychotraumatisme au sens large (au moins un élément de retentissement psychopathologique) et 0,7 %, dans le mois précédant l'enquête, un syndrome de stress post-traumatique¹⁸. Vie entière, la prévalence du syndrome de stress post-traumatique s'élèverait à 1,9 % en Europe et à 7,8 % aux États-Unis^{19,20}.
- En cas de violence subie dans l'enfance, 24 % des enfants exposés présenteraient un risque d'installation de trouble psychotraumatique, ce risque pouvant aller jusque 60 % pour les enfants victimes de maltraitance ou témoins de violences¹⁶.
- Suite aux attentats survenus en Ile-de-France en 2015, une enquête a montré que, parmi les civils exposés, 18 % présentaient un état de stress post-traumatique, 20 % des troubles dépressifs et anxieux et environ 33 % s'étaient trouvés dans l'incapacité de travailler¹⁷.

Seules 50 % des personnes souffrant d'un syndrome de stress post-traumatique et 22 % des personnes présentant un psychotraumatisme au sens large déclareraient avoir le sentiment d'être malade. Parmi les personnes souffrant d'un syndrome de stress post-traumatique, 75 % auraient suivi un traitement médicamenteux et 52 % une psychothérapie, ces recours diminuant respectivement à 37 et 17 % chez les personnes présentant un psychotraumatisme au sens large¹⁸.

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

Ce sujet est inscrit au programme de travail 2018 de la HAS.

Intitulé	Demandeur(s) ou co-promoteur(s)	Livrable	Date de début	Date de fin	Service pilote
Évaluation et prise en charge du psychotraumatisme chez l'enfant et chez l'adulte	Ministère des Solidarités et de la Santé (DGS, DGOS)	Recommandation de bonne pratique	T2 2018	T3 2019	Service bonnes pratiques professionnelles (SBPP)

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

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

17. Vandentorren S, Sanna A, Aubert L, Pirard P, Motreff Y, Dantchev N, Baubet T. Étude de cohorte Impacts. Première étape : juin-octobre 2015. Saint-Maurice: Santé publique France; 2017. 92 p.

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

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

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

4. Échange et partage d'informations en psychiatrie

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

Ce travail pourrait être conduit en lien avec :

- la loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé qui définit les conditions d'échange et de partage d'informations entre professionnels de santé et autres professionnels des champs social et médico-social aux articles L. 1110-4 et R. 1110-1 à 3 du Code de la santé publique ;
- le décret n° 2016-994 du 20 juillet 2016 relatif aux conditions d'échange et de partage entre ces professionnels et à l'accès aux informations de santé à caractère personnel, qui prévoit que la mise en œuvre de ce partage tienne compte des recommandations élaborées par la HAS avec le concours des ordres professionnels.

Il pourra également s'appuyer sur les recommandations de bonnes pratiques professionnelles en cours d'élaboration sur les droits des personnes et la démarche de protection des données personnelles²¹.

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

21. Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux. Lettre de cadrage des recommandations de bonnes pratiques professionnelles « Droits des personnes et démarche de protection des données personnelles ». Saint-Denis La Plaine: ANESM; 2017.

Thème 2. Troubles mentaux sévères et persistants et handicap psychique

Dans le cadre des sujets envisagés sur ce thème, une attention particulière sera portée à la coordination entre les secteurs sanitaire, médico-social et social lors des travaux de cadrage. Il sera notamment tenu compte des productions de l'ANESM sur les spécificités de l'accompagnement des adultes handicapés psychiques et sur la prévention et les réponses aux « comportements-problèmes » à destination des enfants et adultes accueillis dans les établissements et services pour personnes handicapées^{22, 23}.

1. Améliorer l'identification des signes précurseurs et la précocité des interventions pour les pathologies psychiatriques émergentes (schizophrénie) chez les personnes âgées de 16 ans et plus

Les troubles schizophréniques débutent le plus souvent chez les jeunes adultes, entre 15 et 25 ans chez les hommes et un peu plus tardivement chez les femmes. La prévalence est estimée à environ 1 % en population générale et l'incidence serait de 100 000 cas par an en France²⁴. Ces troubles ont des conséquences importantes pour les personnes qui en souffrent. Ils sont en effet associés à des taux de mortalité 2 à 3 fois plus élevés qu'en population générale, environ 60 % de la surmortalité observée étant attribuable à des maladies somatiques, plus prévalentes chez les patients souffrant de schizophrénie qu'en population générale et à l'origine de conséquences plus graves²⁵. Ils sont par ailleurs associés à de la stigmatisation, à un risque accru de suicide dans les premières années de la maladie ainsi qu'à une exclusion sociale et à des difficultés relationnelles²⁶.

Un repérage précoce, visant à prévenir la transition psychotique, et la mise en place d'interventions précoces au cours du premier épisode psychotique, dans un objectif de diminution de la durée de psychose non traitée, seraient susceptibles de diminuer la sévérité et les conséquences de la maladie et d'améliorer les perspectives de rétablissement²⁷.

Il existe dans l'évolution de la maladie une phase prodromique, au cours de laquelle il est possible de repérer des symptômes de base ainsi que des symptômes psychotiques atténués. Ces symptômes sont cependant souvent peu spécifiques, ce qui les rend difficiles à interpréter en dehors d'outils d'évaluation précis et d'une expérience spécifique.

La direction générale de l'offre de soins (DGOS) et la direction générale de la santé (DGS) ont conjointement saisi la HAS pour la production de recommandations de bonne pratique clinique mettant des outils à disposition des professionnels de premier recours (médecins généralistes, psychologues, psychiatres, etc.) pour les aider à identifier les signes précurseurs de pathologies psychiatriques émergentes (schizophrénie notamment) et à intervenir précocement.

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

22. Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux. Recommandations relatives à « l'accompagnement des enfants ayant des difficultés psychologiques perturbant gravement les processus de socialisation ». Saint-Denis La Plaine: ANESM; 2017. www.has-sante.fr/portail/jcms/c_2833677/fr/l-accompagnement-des-enfants-ayant-des-difficultes-psychologiques-perturbant-gravement-les-processus-de-socialisation.

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

24. Hautecouverture S, Limosin F, Rouillon F. Épidémiologie des troubles schizophréniques. *Presse Med*, 2006;35:461-8.

25. 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.

26. The National Institute for Health and Care Excellence. Clinical guideline "Psychosis and schizophrenia in adults: prevention and management. London: NICE; 2014.

27. McDaid D, Park A-L, Lemmi V, Adelaja B, Knapp M. Growth in the use of early intervention for psychosis services: An opportunity to promote recovery amid concerns on health care sustainability. London: London school of economics and political science; 2016.

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

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

Environ 15 % des patients souffrant de troubles psychiques prennent ou ont pris des substances, drogues ou alcool, avec une prévalence plus importante chez les patients souffrant de troubles mentaux sévères (schizophrénie et troubles bipolaires)^{28,29,30}. Parallèlement, les troubles psychiatriques sont plus fréquents chez les personnes ayant un usage ou un abus de ces substances, notamment anxiété, dépression, troubles de la personnalité : 30 à 60 % des usagers de drogues présenteraient une comorbidité psychiatrique^{30,31,32}.

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

La Direction générale de la santé (DGS) a saisi la HAS sur la question de la prise en charge des comorbidités psychiatriques et addictives. Concomitamment, la mission interministérielle de lutte contre les drogues et les conduites addictives (MILDE-CA) a sollicité la HAS sur ce même sujet³³.

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

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

Des travaux ont été engagés sur ce sujet par d'autres organismes. Une nouvelle étude de faisabilité sera conduite par la HAS en prenant en compte les résultats de ces travaux quand ils seront disponibles.

3. Réduire les risques et les dommages liés aux addictions dans les établissements et services sociaux et médico-sociaux

Un programme de travail portant sur la prévention des addictions et la prévention des risques et des dommages y étant associés a été initié.

Après un premier volet concernant les centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour usagers de drogues (CAARUD)³⁴ (2017) et un deuxième volet concernant les centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA) (en cours), le programme abordera dans un troisième volet les pratiques concourant au repérage et à l'accompagnement des personnes accueillies dans les établissements et services sociaux et médico-sociaux (ESSMS) en difficulté avec une consommation de substance psychoactive. Les recommandations porteront, d'une part, sur les organisations et pratiques à mettre en œuvre au sein des ESSMS et, d'autre part, sur les modalités de leur recours au dispositif sanitaire et médico-social spécialisé. **Ce travail sera engagé en 2018.**

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

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

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

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

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

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

34. Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux. Recommandations de bonnes pratiques professionnelles relatives à « la réduction des risques et des dommages dans les Centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour usagers de drogues (CAARUD) ». Saint-Denis La Plaine: ANESM; 2017. www.has-sante.fr/portail/jcms/c_2833717/fr/la-reduction-des-risques-et-des-dommages-dans-les-centres-d-accueil-et-d-accompagnement-a-la-reduction-des-risques-pour-usagers-de-drogues-caarud

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

Conformément aux annonces effectuées lors de la conférence nationale du handicap du 19 mai 2016, un volet spécifique de la stratégie pluriannuelle de l'évolution de l'offre médico-sociale est consacré au handicap psychique³⁵.

Dans ce cadre, la HAS entreprendra la réalisation d'une fiche-repère, complémentaire aux recommandations de bonnes pratiques relatives aux « spécificités de l'accompagnement des adultes handicapés psychiques »³⁶, dédiée aux personnes en situation de non-recours aux soins et aux accompagnements et en risque de rupture dans le parcours de soins et de vie.

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

Il s'agira, *via* cette fiche-repère, d'aborder le parcours de la personne avec un nouveau mode d'intervention et de coordination à entreprendre ou à rétablir lorsque la personne est en situation ou en voie de précarisation, en situation récurrente d'inadaptation à l'emploi, ou en difficulté d'accès et maintien dans le logement :

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

Dans un objectif d'amélioration de l'autonomie et de la qualité de vie des personnes, la fiche-repère décrira également le type d'évaluation à mettre en place dans une visée préventive et réductrice de risque de rupture de parcours.

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

L'épilepsie débute chez l'enfant dans la moitié des cas et constitue la première cause non traumatique de handicap sévère acquis du sujet jeune³⁷. Les patients ayant une épilepsie ont un taux de mortalité 2 à 3 fois plus grand que celui de la population générale^{38,39,40,41}. Des troubles psychiatriques sont fréquemment associés à l'épilepsie (le plus souvent, troubles anxieux et dépression)⁴². Des troubles psychiatriques associés à une épilepsie active seraient un facteur d'exclusion des établissements et services sociaux et médico-sociaux (ESSMS) ou du monde professionnel.

Les pratiques peuvent être très différentes, dès le diagnostic initial qui peut être posé à tort dans environ 20 % des cas⁴³. Le traitement ne devrait être introduit qu'après réalisation d'un électroencéphalogramme (EEG) et d'une consultation spécialisée, or 20 % des patients seraient vus seulement par un médecin généraliste au moment de l'instauration du traitement⁴⁴. En l'absence de suivi organisé, il arrive que des traitements nécessaires et efficaces à un moment soient poursuivis inutilement.

35. Ministère des Affaires sociales et de la Santé, secrétariat d'État chargé des personnes handicapées et de la lutte contre l'exclusion. Stratégie quinquennale de l'évolution de l'offre médico-sociale, volet handicap psychique.

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

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

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

39. Lhato SD, Johnson AL, Goodridge DM, MacDonald BK, Sander JW, Shorvon SD. Mortality in epilepsy in the first 11 to 14 years after diagnosis: multivariate analysis of a long-term, prospective, population-based cohort. *Ann Neurol* 2001;49(3):336-44.

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

41. Shackleton DP, Westendorp RG, Trenite DG, Vandenbroucke JP. Mortality in patients with epilepsy: 40 years of follow up in a Dutch cohort study. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 1999;66(5):636-40.

42. De Toffol B, Hingray C, Biberon J, El-Hage W. Les comorbidités psychiatriques dans l'épilepsie. *Presse Méd* 2017.

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

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

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

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

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

Cette recommandation de bonne pratique sera suivie par un travail sur le parcours de soins du patient épileptique.

La production de recommandations pour la prise en charge initiale et le suivi des patients avec épilepsie fait partie du programme de travail 2018 de la HAS. Ce sujet traitera également de la prise en charge des comorbidités psychiatriques associées à l'épilepsie.

Intitulé	Demandeur(s) ou co-promoteur(s)	Livrable	Date de début	Date de fin	Service pilote
Recommandations pour la prise en charge initiale et le suivi des patients avec épilepsie	SFNP	Recommandation de bonne pratique	T2 2018	T4 2019	Service bonnes pratiques professionnelles (SBPP)

6. Évaluation cognitive et soins de réhabilitation psychosociale

Les travaux envisagés intègrent le thème de l'évaluation cognitive et des soins de réhabilitation psychosociale.

6.1 Handicap psychique : évaluation cognitive et soins de réhabilitation psychosociale

Des recommandations de bonnes pratiques ou une fiche-repère relatives à « l'évaluation du handicap psychique » et aux techniques visant les fonctions cognitives (mémoire, attention, fonction exécutive, cognition sociale ou méta-cognition) seront produites afin de permettre aux professionnels des champs sanitaire, social et médico-social de :

- renforcer leurs connaissances et compétences ;
- améliorer leurs pratiques pour la mise en œuvre du parcours global coordonné des personnes en situation ou à risque de handicap psychique, dans une perspective de décroisement et de culture commune.

6.2 Autodétermination et pratiques de mise en situation

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

Explicitement formulée depuis la loi de 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale, la recherche de l'autodétermination de la personne en situation de handicap suppose une évolution profonde des pratiques professionnelles, au-delà de la perception sociétale du handicap.

Une fiche-repère s'appliquera à mettre l'accent sur les forces de la personne et les conditions de vie favorables à sa réussite et son succès. Elle illustrera les pratiques professionnelles orientées autour du concept d'approche positive pour favoriser les mises en situation. Elle inclura des cas concrets relatifs aux concepts et aux méthodes qui constituent le socle du principe d'autodétermination consolidant les capacités d'agir de la personne en situation de handicap (incluant le handicap psychique), notamment le travail sur l'estime de soi et l'*empowerment*.

6.3 Articulation et rôles entre les différentes interventions au domicile et les établissements et services sociaux et médico-sociaux

L'évolution des politiques d'accompagnement du handicap vers une logique centrée sur les parcours de vie des personnes et la nécessité de tenir compte des préférences des personnes concernant leur lieu de vie conduisent à une réflexion autour de modes d'accompagnement souples articulant divers dispositifs.

Ces modes d'accompagnement incluent des établissements, dont les missions n'excluent pas de se déplacer au domicile, de même que des services à domicile, qu'ils soient spécialisés ou non dans l'accompagnement du handicap. Ils intègrent de ce fait un grand nombre d'acteurs et peuvent revêtir des formes innovantes, proposant la mise à disposition d'un certain nombre de prestations et services au sein du lieu de vie de la personne accompagnée (dispositifs d'habitat accompagné par exemple).

Le travail engagé par la HAS posera ainsi la question de la capacité des professionnels à assurer un accompagnement pérenne, continu et sécurisant pour la personne en situation de handicap, de la clarification de la coordination, des rôles et des actions entre les services d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés (SAMSAH), les services d'accompagnement à la vie sociale (SAVS) et les services d'aide et d'accompagnement à domicile (SAAD), les services de soins infirmiers à domicile (SSIAD), les services polyvalents d'aide et de soins à domicile (SPASAD).

Ce travail permettra d'identifier la complémentarité des actions des SAMSAH, SAVS et SAAD, SSIAD et SPASAD afin de leur donner un étayage nécessaire à l'**évaluation des besoins des personnes en situation ou à risque de handicap psychique** vivant à leur domicile et à la mise en place d'un accompagnement adapté.

Ils mettront par ailleurs en évidence des besoins de :

- coordination des acteurs dans un fonctionnement articulé et modulable ;
- formations, nécessaires pour aborder les spécificités de ces interventions au sein du milieu de vie des personnes de manière adaptée et bien traitante (prise en compte des problématiques liées au logement, soutien aux aidants non professionnels, etc.).

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

Thème 3. Pédopsychiatrie

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

- le **plan d'action en faveur du bien-être et de la santé des jeunes** (novembre 2016)⁴⁵, rédigé à la demande du président de la République, est centré sur la prévention et la détection précoce des troubles psychiques et évoque également la nécessité de renforcer la psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent sur l'ensemble du territoire par le biais d'une solide dotation en ressources et *via* une meilleure articulation de la pédopsychiatrie avec la psychiatrie adulte ;
- le **rapport sénatorial sur la situation de la psychiatrie des mineurs en France** (avril 2017)⁴⁶ souligne quant à lui la nécessité de pouvoir proposer une offre de soins pédopsychiatriques adaptée à chaque âge tout en assurant la continuité de la prise en charge ;
- le **rapport de l'Inspection générale des affaires sociales (IGAS) sur l'organisation et le fonctionnement du dispositif de soins psychiatriques, 60 ans après la circulaire du 15 mars 1960** (novembre 2017)⁴⁷, met en exergue le caractère prioritaire de la pédopsychiatrie et la nécessité de soutenir des avancées dans ce domaine. Il préconise que la pédopsychiatrie bénéficie d'un plan national spécifique traitant notamment de la transition entre les prises en charge en pédopsychiatrie et en psychiatrie générale.

En cohérence avec les constats émanant de ces différents rapports, avec la stratégie nationale de santé 2018-2022, qui spécifie que « la politique de santé de l'enfant doit faire l'objet d'une attention particulière compte tenu de ses effets de long terme sur le développement de l'enfant et sa réussite éducative, ainsi que sur les inégalités de santé »⁴⁸, et avec les priorités définies par Mme Agnès Buzyn, ministre des Solidarités et de la Santé, la HAS a intégré le champ de la pédopsychiatrie à son programme pluriannuel « psychiatrie et santé mentale ».

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

Le thème de la pédopsychiatrie étant nouvellement inclus au programme de travail de la HAS, il fera l'objet d'un travail de **pré-cadrement** avec les acteurs de terrain et les parties prenantes. Cette étape permettra de prioriser les travaux au sein du programme, d'identifier les besoins des usagers et des professionnels et de définir le périmètre d'action de la HAS pour chacun d'eux. Les travaux pressentis à ce stade sont brièvement contextualisés ci-après.

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

La période périnatale, couvrant la période de la grossesse et l'année suivant la naissance, est identifiée comme à risque de développer des troubles psychiques pour les mères, qu'il s'agisse d'une décompensation d'une pathologie antérieure ou de la survenue d'une pathologie en lien avec la puerpéralité. Une étude réalisée au Royaume-Uni a estimé qu'environ 20 % des femmes développaient des troubles psychiques au cours de la période périnatale⁴⁹. En France, environ 12,5 % des femmes enceintes ont déclaré une détresse psychologique anténatale dans le cadre de l'étude longitudinale française depuis l'enfance (ELFE)⁵⁰. Ces troubles psychiques périnataux incluent notamment les troubles dépressifs ante et postnataux, les troubles anxieux, les psychoses du post-partum et un risque accru de survenue et de rechute dans le cas de troubles bipolaires^{49,51}.

Une part importante de ces troubles est cependant non diagnostiquée et non prise en charge, une étude française ayant notamment montré que seules 42 % des femmes rapportant une détresse psychologique avaient bénéficié d'une consultation avec un professionnel spécialisé en psychiatrie et santé mentale et/ou prenaient un traitement psychotrope⁵⁰.

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

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

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

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

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

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

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

Les conséquences d'une absence de prise en charge ou d'une prise en charge non optimale peuvent être importantes pour les mères d'une part (persistence des symptômes sur le long terme) mais également à l'origine d'un risque psychosocial pour leur enfant et leur entourage⁵¹. Des difficultés potentielles dans l'instauration du lien d'attachement entre la mère et l'enfant sont notamment susceptibles de retentir sur le développement de l'enfant en l'exposant à un sur-risque d'être victime de carences, de négligences et de maltraitance^{52,53}.

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

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

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

Un dépistage des troubles psychiques en période périnatale ainsi qu'un accompagnement et une prise en charge des mères et des enfants concernés, incluant un accompagnement au rôle parental, et ce quel que soit le niveau de sévérité des troubles, apparaissent essentiels afin d'infléchir les conséquences à court, moyen et long terme pour les mères et leurs enfants. Des modalités de prise en charge et d'accompagnement spécifiques à la période périnatale se sont développées, en France et à l'étranger, et impliquent différents acteurs des secteurs sanitaire, mais aussi social et médico-social, dans le cadre d'une action coordonnée⁵². Les pratiques ont toutefois été décrites comme hétérogènes, des disparités régionales étant observées, et l'offre sanitaire et sociale était considérée comme ne permettant pas de répondre à l'ensemble des besoins⁵⁴.

Une étude de faisabilité, s'appuyant notamment sur les travaux conduits au Royaume-Uni et en France, sera effectuée en vue de proposer, dans le cadre du programme « psychiatrie et santé mentale » de la HAS, des outils favorisant l'amélioration des pratiques professionnelles dans le dépistage, le diagnostic et la prise en charge périnatale des troubles psychiques ainsi qu'une meilleure articulation entre les différents acteurs impliqués. Ces outils intégreront notamment l'entretien prénatal précoce, évoqué dans les recommandations professionnelles de la HAS « Préparation à la naissance et à la parentalité »⁵⁵.

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

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

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

La Convention internationale des droits de l'enfant (CIDE)⁵⁶ prévoit que « les États parties prennent toutes les mesures législatives, administratives, sociales et éducatives appropriées pour protéger l'enfant contre toute forme de violence, d'atteinte ou de brutalités physiques ou mentales, d'abandon ou de négligence, de mauvais traitements ou d'exploitation, y compris la violence sexuelle, pendant qu'il est sous la garde de ses parents ou de l'un d'eux, de son ou ses représentants légaux ou de toute autre personne à qui il est confié ». Il y est également reconnu « le droit de l'enfant de jouir du meilleur état de santé possible et de bénéficier de services médicaux et de rééducation [...] », les États parties s'efforçant notamment « d'assurer à tous les enfants l'assistance médicale et les soins de santé nécessaires, l'accent étant mis sur le développement des soins de santé primaire ».

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

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

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

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

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

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

Au 31 décembre 2016, 299 600 mineurs et 20 900 jeunes majeurs de moins de 21 ans bénéficiaient d'au moins une prestation/mesure relevant du dispositif de protection de l'enfance sur la France entière (hors Mayotte), représentant respectivement 20,4 % des mineurs et 9 % des 18-21 ans⁵⁷. Fin 2015, la moitié des mineurs et jeunes majeurs bénéficiant de ces prestations ou mesures étaient pris en charge par le biais de placements (famille d'accueil, placement auprès d'un tiers de confiance, foyers, etc.) en dehors du milieu de vie d'origine⁵⁸.

Ces enfants, adolescents et jeunes majeurs, qui peuvent avoir subi des maltraitances et/ou des négligences, présentent davantage de risques de souffrir de troubles psychiques (dépression caractérisée, troubles anxieux, troubles des conduites, addictions, tentatives de suicide, etc.) à court et long terme^{59,60}. Une prévalence de ces troubles de près de 50 % a été identifiée dans une étude réalisée chez des adolescents placés en foyers sociaux, prévalence qui serait 2 à 3,5 fois plus élevée qu'en population générale⁶¹.

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

Le récent rapport sénatorial, réalisé au nom de la mission d'information sur la situation de la psychiatrie des mineurs en France⁶², souligne cependant l'insuffisance des liens entre les services de protection de l'enfance et la pédopsychiatrie, cette insuffisance étant identifiée comme « encore plus visible pour la prise en charge des enfants confiés à l'ASE, dont les travailleurs sociaux peuvent se sentir démunis pour le repérage et les réponses à apporter aux situations pouvant nécessiter une orientation vers le soin psychiatrique ». Dans ce contexte, la proposition n° 15 du rapport sénatorial est de « développer l'intervention des pédopsychiatres dans les services de protection de l'enfance ».

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

Ce travail s'appuiera notamment :

- sur les recommandations sur « la prise en compte de la santé des mineurs/jeunes majeurs dans le cadre des établissements/services de la protection de l'enfance et/ou mettant en œuvre des mesures éducatives »⁶³ ;
- et sur les recommandations relatives à « l'accompagnement des enfants ayant des difficultés psychologiques perturbant gravement les processus de socialisation »⁶⁴ produites par l'ANESM ;
- ainsi que sur la loi n° 2016-297 du 14 mars 2016 relative à la protection de l'enfant, qui prévoit, en complément de l'article 221-2 du Code de l'action sociale et des familles, que « dans chaque département, un médecin référent « protection de l'enfance » soit chargé d'organiser les modalités de travail régulier et les coordinations nécessaires entre les services départementaux et [...] les médecins libéraux et hospitaliers ».

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

57. Observatoire national de la protection de l'enfance et Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques. Chiffres clés en protection de l'enfance. ONPE et DREES : Paris ; 2018. Estimations effectuées à partir des données de la DREES, de la Direction de la protection judiciaire de la jeunesse (DPJJ) et du ministère de la Justice concernant l'activité des tribunaux pour enfants.

58. Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques. L'aide et l'action sociales en France. Panoramas de la DREES. DREES : Paris ; 2017. <http://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/publications/panoramas-de-la-drees/article/l-aide-et-l-action-sociales-en-france-edition-2017>.

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

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

61. Bronsard G, Simeoni MC, Campredon S, *et al.* Prévalence des troubles mentaux chez les adolescents des milieux socio-éducatifs. Étude de la population d'adolescents vivant dans les foyers sociaux des Bouches-du-Rhône. Rapport au ministère de la Santé, de la Jeunesse et des Sports ; 2008.

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

63. Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux. [Recommandations sur « la prise en compte de la santé des mineurs/jeunes majeurs dans le cadre des établissements/services de la protection de l'enfance et/ou mettant en œuvre des mesures éducatives »](#). Saint-Denis La Plaine : ANESM ; 2015.

64. Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux. [Recommandations de bonnes pratiques professionnelles relatives à « l'accompagnement des enfants ayant des difficultés psychologiques perturbant gravement les processus de socialisation »](#). Saint-Denis La Plaine : ANESM ; 2017.

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

Pour un adolescent souffrant de maladies mentales, le passage de la pédopsychiatrie à la psychiatrie adulte est une étape importante qui, si elle est insuffisamment préparée et coordonnée, peut conduire à un désengagement des soins, à une perte d'informations, voire à une rupture de soins⁶⁵. Selon une enquête réalisée au centre hospitalier de Montpellier, 48 % des adolescents pour lesquels un relais des services de pédopsychiatrie aux services de psychiatrie adulte a été mis en place et expérimenté pour une période de 3 mois sans suivi entre les deux types de prise en charge⁶⁶. Les chiffres sont similaires au Royaume-Uni, 50 % des adolescents atteignant l'âge de cette période de relais, aussi appelée période de transition, n'étant pas pris en charge par les services de psychiatrie adulte dans les suites de leur parcours⁶⁷.

Plusieurs barrières potentielles à une transition optimale peuvent être identifiées : manque d'évaluation des projets et des besoins des patients, échanges et partage d'informations insuffisants, différences entre les organisations des services de pédopsychiatrie et de psychiatrie adulte et méconnaissance réciproque de ces organisations, manque de protocoles partagés pour organiser la transition, niveau de maturité des adolescents, résistance des familles à la transition, etc⁶⁷.

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

Plusieurs initiatives ont été conduites pour améliorer la transition entre services de pédopsychiatrie et services de psychiatrie adulte. Le projet européen MILESTONE (*Managing the link and strengthening transition from child to adult mental health-care*), actuellement mené et devant prendre fin en 2019, pourrait notamment permettre un apport de connaissances sur l'organisation des services et sur les effets des différentes modalités de transition en termes de qualité de la prise en charge.

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

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

Dans le cadre de son programme « psychiatrie et santé mentale » 2013-2017, la HAS a produit un guide, des programmes et des outils visant à « mieux prévenir et prendre en charge les moments de violence dans l'évolution clinique des patients adultes lors des hospitalisations en service de psychiatrie »⁶⁸. Ces productions avaient notamment pour objectif de contribuer à une évolution des pratiques qui permette de limiter le recours à l'isolement et à la contention, ceux-ci devant être mobilisés exclusivement en dernier recours.

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

Dans son rapport « Les droits fondamentaux des mineurs en établissement de santé mentale »⁶⁹, le Contrôleur général des lieux de privation de liberté (CGLPL) fait état de pratiques d'isolement chez les mineurs et rapporte une absence de remise en cause de l'utilité d'une chambre d'isolement par les soignants, qui, pour certains, considèrent la mise à l'isolement comme une réponse « à la violence du patient, contre lui-même ou contre autrui, au risque de fugue ou à la nécessité de rassurer un patient submergé par une angoisse majeure (hypothèses non directement prévues par la loi) ».

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

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

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

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

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

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

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 chez des patients adultes lors d'hospitalisations en psychiatrie sont pour partie applicables en service de pédopsychiatrie, une prise en considération de certaines spécificités attachées à une population d'enfants et d'adolescents est nécessaire (place des représentants légaux, spécificités attachées à la nature des troubles et des prises en charge, etc.). La HAS évaluera, au regard notamment des travaux conduits et des dispositifs mis en œuvre à l'étranger, l'opportunité de proposer des programmes et outils complémentaires à l'existant et spécifiques à la prévention et à la prise en charge des enfants et adolescents hospitalisés en psychiatrie.

5. Améliorer la prévention et la prise en charge des tentatives de suicide chez l'enfant et l'adolescent

Ce sujet fera notamment l'objet d'une réflexion sur l'opportunité d'une actualisation des recommandations de bonne pratique « Prise en charge hospitalière des adolescents après une tentative de suicide » produites par l'Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé (ANAES) en 1998⁷⁰.

Ces travaux seront planifiés ultérieurement pour tenir compte de la ressource disponible et de l'avancement des autres travaux.

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

Thème 4. Autres thèmes

1. Annonce du diagnostic en psychiatrie

La pathologie schizophrénique a notamment été identifiée comme étant moins souvent annoncée que d'autres maladies et avec plus de difficultés. Une crainte des psychiatres de « poser un diagnostic encore mal compris sur le plan médical, d'aggraver la stigmatisation dont le malade pourrait être victime et d'apposer une étiquette de gravité et de chronicité » est une des raisons potentielles ayant été avancées pour expliquer que l'annonce du diagnostic ne soit pas faite⁷¹. Si une connaissance du diagnostic est susceptible d'être associée à une plus grande adhésion au traitement et de favoriser l'alliance thérapeutique entre le patient et le médecin⁷¹, la manière dont le diagnostic est annoncé peut également influencer la façon dont il sera compris par le patient et conditionner l'acceptation de la maladie.

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

Dans la continuité des productions de la HAS « Annonce et accompagnement du diagnostic d'un patient ayant une maladie chronique »⁷² et « Annoncer une mauvaise nouvelle »⁷³, un travail sera envisagé sur l'annonce du diagnostic en psychiatrie afin de mettre à disposition des médecins un guide de bonne pratique de l'annonce du diagnostic en psychiatrie mais également de les aider à accompagner le patient et son entourage dans la connaissance et dans la gestion de la maladie à la suite de l'annonce.

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

D'autres travaux pourront être engagés en dehors des thèmes identifiés sur la période couverte par le programme « psychiatrie et santé mentale » de la HAS.

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

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

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

Missions transversales HAS

Des travaux spécifiques au champ de la psychiatrie et de la santé mentale seront conduits dans le cadre de missions transversales de la HAS. En particulier, de nouveaux indicateurs de qualité et de sécurité des soins (IQSS) en psychiatrie et santé mentale seront développés et une attention particulière sera portée aux prises en charge des patients en psychiatrie et santé mentale dans le cadre des travaux de développement de la future certification des établissements de santé (V2020).

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

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

Les IQSS sur le champ de la psychiatrie et de la santé mentale ont fait l'objet de quatre campagnes nationales de recueil. Les indicateurs mobilisés concernaient trois sujets : la tenue du dossier du patient, le délai d'envoi du courrier de fin d'hospitalisation et le dépistage des troubles nutritionnels. Ces indicateurs, qui sont des indicateurs de processus, ont été recueillis à partir d'un audit de 80 dossiers de patients. Lors du recueil en 2016 :

- l'indicateur relatif à la tenue du dossier du patient a atteint un seuil et son niveau élevé (82 %) en 2016 ne permet plus de susciter des gains d'amélioration très importants ;
- l'indicateur relatif au délai d'envoi du courrier de fin d'hospitalisation évaluait l'envoi de ce courrier sous 8 jours. Il ne peut plus être recueilli en raison des évolutions législatives sur la lettre de liaison qui prévoient qu'un document formalisé soit remis au patient dès sa sortie d'hospitalisation. L'indicateur développé pour suivre cette évolution législative (qualité de la lettre de liaison à la sortie) sera adapté à la psychiatrie ;
- l'indicateur relatif au dépistage des troubles nutritionnels a atteint de bons résultats et son recueil pourrait être reconduit avec une augmentation du niveau d'exigence. Néanmoins, la HAS considère que le recueil d'un seul indicateur n'est pas adapté par rapport à la charge de travail occasionnée. Par conséquent, il ne fait pas l'objet d'un recueil en 2018.

Considérant ces éléments, une suspension du recueil des IQSS en psychiatrie et santé mentale a été actée pour 2018 et **l'élaboration de nouveaux indicateurs a été intégrée au programme de travail 2018 de la HAS.**

Intitulé	Demandeur(s) ou co-promoteur(s)	Livrable	Date de début	Date de fin	Service pilote
Thème santé mentale	Auto-saisine	Développement de la qualité et de la sécurité de soins en santé mentale	T1 2018	T2 2019	Service évaluation et outils pour la qualité et la sécurité des soins (EVOQSS)

Plusieurs pistes thématiques ont été identifiées. Un premier groupe d'experts a été constitué en vue de développer des IQSS en psychiatrie et santé mentale sur trois thèmes.

- Pratiques de contention mécanique et d'isolement.
- Prise en charge somatique en établissement de santé (unités d'hospitalisation à temps plein et structures ambulatoires).
- Coordination ville-hôpital et lien avec le médecin généraliste.

2. Future certification des établissements de santé – champ de la psychiatrie et de la santé mentale

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

2.1 Évolution globale de la future certification

La HAS s'engage dans l'évolution de la procédure de certification (V2020) afin d'obtenir un meilleur équilibre entre l'évaluation du système de management de la qualité et des risques et l'évaluation de la qualité des soins délivrés au patient (résultats). Il s'agira de renforcer l'évaluation :

- en termes de pertinence (caractère appropriée des interventions, quelle que soit leur nature [acte, prescription, hospitalisation]) ;
- et de résultats :
 - mesurés par les professionnels (*outputs, outcomes*),
 - mesurés par les patients.

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

- médicaliser et mieux prendre en compte les résultats du niveau de qualité des soins et de la prise en charge ;
- simplifier l'ensemble du dispositif de certification ;
- prendre en compte la recomposition de l'offre sanitaire : établissements publics (groupement hospitalier de territoire) et privés.

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

Dans le cadre de la future certification (V2020), un accent particulier sera mis sur la prise en charge des patients en psychiatrie et santé mentale, qui sera **partie intégrante du futur manuel de certification**. Un groupe de travail dédié sera constitué et prendra part aux travaux de développement de la future certification.

Ce **groupe de travail, composé de professionnels de terrain du domaine**, aura pour objectif de déterminer les « **points critiques** » de la prise en charge du patient en psychiatrie et santé mentale. Ces « points critiques » correspondront à des éléments de pratique (prise en charge du patient) ou d'organisation (processus) constituant des marqueurs de maîtrise et d'efficacité. Ils permettront d'élaborer une **grille patient traceur** pour les établissements autorisés en psychiatrie dans le cadre de la future certification, qui s'appuiera sur une mobilisation beaucoup plus importante de la méthode du patient traceur.

Les travaux de développement du futur manuel s'échelonneront de juin à novembre 2018.

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

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

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

4. E-santé mentale

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

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

5. Médicaments : avis et fiches de bon usage

Une fiche de bon usage du médicament est en cours de finalisation sur la place des benzodiazépines dans l'anxiété (« Quelle place pour les benzodiazépines dans l'anxiété ? »).

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

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

► Thème 1. Prise en charge des troubles dépressifs

Une fiche mémo et deux recommandations de bonne pratique ont été publiées dans le cadre du programme :

- Recommandation de bonne pratique « **Manifestations dépressives à l'adolescence : repérage, diagnostic et prise en charge en soins de premier recours** » (juin 2015)
www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1782013/fr/manifestations-depressives-a-l-adolescence-reperage-diagnostic-et-prise-en-charge-en-soins-de-premier-recours
- Fiche mémo « **Patient avec un trouble bipolaire : repérage et prise en charge initiale en premier recours** » (juin 2015)
www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1747465/fr/patient-avec-un-trouble-bipolaire-reperage-et-prise-en-charge-initiale-en-premier-recours
- Recommandation de bonne pratique « **Épisode dépressif caractérisé de l'adulte : prise en charge en premier recours** » (octobre 2017)
www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1739917/fr/episode-depressif-caracterise-de-l-adulte-prise-en-charge-en-premier-recours

Un travail est également en cours sur la coordination entre le médecin généraliste et les différents acteurs de soins dans la prise en charge des patients adultes souffrant de troubles mentaux. La publication des documents finalisés est prévue en 2018. Ce travail, initialement centré sur les troubles dépressifs, a été étendu à l'ensemble des troubles mentaux.

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

- Un travail a donné lieu à la publication d'un guide méthodologique « **Accueil, accompagnement et organisation des soins en établissement de santé pour les personnes en situation de handicap** » (juillet 2017)
www.has-sante.fr/portail/jcms/c_2772619/fr/accueil-accompagnement-et-organisation-des-soins-en-etablissement-de-sante-pour-les-personnes-en-situation-de-handicap

► Thème 3. Droits et sécurité en psychiatrie

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

- Guide « **Mieux prévenir et prendre en charge les moments de violence dans l'évolution clinique des patients adultes lors des hospitalisations en service de psychiatrie** » (septembre 2016)
www.has-sante.fr/portail/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
- Recommandation de bonne pratique « **Isolement et contention en psychiatrie générale** » (février 2017)
www.has-sante.fr/portail/jcms/c_2055362/fr/isolement-et-contention-en-psychiatrie-generale
- Fiche mémo « **Aide à la rédaction des certificats et avis médicaux dans le cadre des soins psychiatriques sans consentement d'une personne majeure à l'issue de la période d'observation de 72 heures** » (mars 2018)
www.has-sante.fr/portail/jcms/c_2837675/fr/aide-a-la-redaction-des-certificats-et-avis-medicaux-dans-le-cadre-des-soins-psychiatriques-sans-consentement-d-une-personne-majeure-a-l-issue-de-la-periode-d-observation-de-72-heures

► Autres thèmes

Parmi les autres sujets traités par la HAS dans le cadre de son programme pluriannuel, deux recommandations de bonne pratique ont été élaborées dans le champ de la prise en charge des troubles du spectre de l'autisme :

- « **Trouble du spectre de l'autisme - Signes d'alerte, repérage, diagnostic et évaluation chez l'enfant et l'adolescent** » (février 2018)
www.has-sante.fr/portail/jcms/c_468812/fr/trouble-du-spectre-de-l-autisme-signes-d-alerte-reperage-diagnostic-et-evaluation-chez-l-enfant-et-l-adolescent
- « **Trouble du spectre de l'autisme : interventions et parcours de vie de l'adulte** » (février 2018)
www.has-sante.fr/portail/jcms/c_2006477/fr/trouble-du-spectre-de-l-autisme-interventions-et-parcours-de-vie-de-l-adulte

Une recommandation est également en cours d'élaboration sur le repérage, le diagnostic et la prise en charge des troubles du comportement alimentaire de type boulimie chez l'enfant, l'adolescent et l'adulte, à paraître au second semestre 2018.

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

- **Les schizophrénies** : www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/lap_ald23_schizophr_juin_07.pdf
- **Les troubles anxieux graves** : www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/liste_ald_troubles_anxieux.pdf
- **Les troubles bipolaires** : www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2009-09/ald_23_lap_troubles_bipolaires_web.pdf

Enfin, plusieurs avis sur les médicaments ont été rendus en 2017 :

- **Schizophrénie et autres troubles délirants/Troubles anxieux et névrotiques** : LIKOZAM (clobazam en suspension buvable), benzodiazépine (janvier 2017).
- **Troubles addictifs** : CHAMPIX (varénicline), agoniste partiel des récepteurs nicotiques cérébraux (janvier 2017).

► Travaux conduits par l'ANESM

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

- Recommandations relatives à « **l'accompagnement des enfants ayant des difficultés psychologiques perturbant gravement les processus de socialisation** » (2017)
www.has-sante.fr/portail/jcms/c_2833677/fr/l-accompagnement-des-enfants-ayant-des-difficultes-psychologiques-perturbant-gravement-les-processus-de-socialisation
- Guide « **Qualité de vie : handicap, les problèmes somatiques et les phénomènes douloureux** » (2017)
www.has-sante.fr/portail/jcms/c_2833768/fr/qualite-de-vie-handicap-les-problemes-somatiques-et-les-phenomenes-douloureux
- Recommandations de bonnes pratiques professionnelles relatives à « **la réduction des risques et des dommages dans les centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour usagers de drogues (CAARUD)** » (2017)
www.has-sante.fr/portail/jcms/c_2833717/fr/la-reduction-des-risques-et-des-dommages-dans-les-centres-d-accueil-et-d-accompagnement-a-la-reduction-des-risques-pour-usagers-de-drogues-caarud
- Recommandations relatives à « **l'accompagnement des mineurs non accompagnés dits "mineurs isolés étrangers (MNA)"** » (2017)
www.has-sante.fr/portail/jcms/c_2833668/fr/l-accompagnement-des-mineurs-non-accompagnes-dits-mineurs-isoles-etrangers-mna
- Recommandations sur la prévention et les réponses aux « **comportements-problèmes à destination des enfants et adultes accueillis dans les établissements et services pour personnes handicapées** » (2016)
www.has-sante.fr/portail/jcms/c_2834964/fr/les-comportements-problemes-au-sein-des-etablissements-et-services-accueillant-des-enfants-et-adultes-handicapes-prevention-et-reponses
- Recommandations relatives aux « **spécificités de l'accompagnement des adultes handicapés psychiques** » (2015)
www.has-sante.fr/portail/jcms/c_2835191/fr/specificites-de-l-accompagnement-des-adultes-handicapes-psychiques
- Recommandations sur « **la prise 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** » (2015)
www.has-sante.fr/portail/jcms/c_2835427/fr/prendre-en-compte-la-sante-des-mineurs/jeunes-majeurs-dans-le-cadre-des-etablissements/services-de-la-protection-de-l-enfance-et/ou-mettant-en-oeuvre-des-mesures-educatives
- Recommandations relatives à « **la prise en compte de la santé physique et psychique des personnes accueillies dans les centres d'hébergement et de réinsertion sociale** » (2015)
www.has-sante.fr/portail/jcms/c_2835291
- Recommandations relatives à « **la prise en compte de la souffrance psychique de la personne âgée : prévention, repérage et accompagnement** » (2014)
www.has-sante.fr/portail/jcms/c_2836216

Annexe 2. Calendrier prévisionnel des travaux envisagés dans le cadre du programme 2018-2023

Intitulé	2018	2019	2020	2021-2023
THÈME 1. DROITS ET SÉCURITÉ EN PSYCHIATRIE				
Soins sans consentement : outil pour l'amélioration des pratiques professionnelles				SA3P
Prescription de psychotropes lors des moments de violence		SBPP		
Évaluation et prise en charge du psychotraumatisme chez l'enfant et l'adulte		SBPP		
Échange et partage d'informations en psychiatrie		À définir		
THÈME 2. TROUBLES MENTAUX SÉVÈRES ET PERSISTANTS ET HANDICAP PSYCHIQUE				
Identification des signes précurseurs et intervention précoce pour les pathologies psychiatriques émergentes (schizophrénie) chez les personnes âgées de 16 ans et plus				SBPP
Diagnostic et prise en charge des comorbidités psychiatriques et addictives				SA3P
Réduction des risques et des dommages liés aux addictions dans les établissements et services sociaux et médico-sociaux		DiQASM		
Handicap psychique : prévention et réduction des situations de non-recours aux soins et aux accompagnements ainsi que des risques de rupture dans le parcours de soins et de vie				DiQASM
Épilepsie : travail portant sur l'épilepsie qui traitera également de la prise en charge des comorbidités psychiatriques associées		SBPP		
Évaluation cognitive et soins de réhabilitation psychosociale → Handicap psychique : évaluation cognitive et soins de réhabilitation psychosociale → Autodétermination et pratiques de mise en situation → Articulation et rôles entre les différentes interventions au domicile et les établissements et services sociaux et médico-sociaux				DiQASM
THÈME 3. PÉDOPSYCHIATRIE				
Prévention, diagnostic et prise en charge des troubles psychiques périnataux	Étape de pré-cadrage et de priorisation en 2019 Services et direction impliqués : SA3P, SBPP, DiQASM			
Pédopsychiatrie et protection de l'enfance				
Continuité de la prise en charge entre services de pédopsychiatrie et services de psychiatrie adulte				
Prévention et prise en charge des moments de violence lors des hospitalisations en service de psychiatrie infanto-juvénile				
Prévention et prise en charge des tentatives de suicide chez l'enfant et l'adolescent				
AUTRES THÈMES				
Annonce du diagnostic en psychiatrie				À définir
MISSIONS TRANSVERSALES HAS				
Indicateurs de qualité et de sécurité des soins en psychiatrie et santé mentale		EVOQSS		
Certification des établissements ayant une autorisation d'activité en psychiatrie		SCES		
Pertinence des soins dans le champ de la psychiatrie et de la santé mentale				SA3P
E-santé mentale				
Médicaments : avis et fiches de bon usage				SEM

DiQASM : Direction de la qualité et de l'accompagnement social et médico-social ; EVOQSS : Service évaluation et outils pour la qualité et la sécurité des soins ; SA3P : Service évaluation de la pertinence des soins et amélioration des pratiques et des parcours ; SBPP : Service bonnes pratiques professionnelles ; SCES : Service certification des établissements de santé ; SEM : Service évaluation des médicaments.



Toutes les publications de la HAS sont téléchargeables
sur www.has-sante.fr