

## **Décision n° 2018.0179/DC/MPROG du 3 octobre 2018 du collège de la Haute Autorité de santé portant modification du programme de travail**

Le collège de la Haute Autorité de santé ayant valablement délibéré en sa séance du 3 octobre 2018,

Vu les articles L. 161-37 et suivants du code de la sécurité sociale ;

Vu la demande du Ministère des solidarités et de la santé (DGS), UNCAM du 23 juin 2015 pour le programme de travail 2016 de la Haute Autorité de santé ;

Vu la décision HAS n°2018.0012/DC/MPROG du 31 janvier 2018 ;

Sur proposition des services de la Haute Autorité de santé ;

DÉCIDE :

### Article 1<sup>er</sup>

Sur la base de l'analyse annexée à la présente décision, la recommandation de bonne pratique intitulée « le diagnostic et prise en charge des comorbidités psychiatriques et addictives » est retirée du programme de travail de la Haute Autorité de santé.

### Article 2

La directrice générale de la Haute Autorité de santé est chargée de l'exécution de la présente décision qui sera publiée au Bulletin officiel de la Haute Autorité de santé.

Fait le 3 octobre 2018.

Pour le collège :  
*La présidente,*  
P<sup>r</sup> Dominique LE GULUDEC  
Signé

## **Annexe à la décision n° 2018.0179/DC/MPROG du 3 octobre 2018 du collège de la Haute Autorité de santé portant sur un retrait du programme de travail de la Haute Autorité de santé**

### **1. Contexte**

Cette demande d'élaboration de recommandations de bonnes pratiques concernant le diagnostic et la prise en charge des comorbidités psychiatriques et addictives est justifiée d'une part par la grande fréquence de la co-occurrence des conduites addictives et de troubles psychiatriques avec des conséquences pronostiques importantes et d'autre part, par l'intérêt potentiel d'un traitement dit « intégré » c'est-à-dire comportant une prise en charge simultanée (même espace de temps et de lieu) du trouble psychiatrique et des conduites addictives : il serait préférable au traitement « séquentiel » ou « parallèle ».

Ce travail s'inscrit dans le contexte

- de la Mission interministérielle de lutte contre les drogues et les conduites addictives (MILDECA) qui a inscrit dans son plan d'actions 2016-2017 la nécessité de « Déployer l'approche intégrée vers les comorbidités psychiatriques » ;
- du Comité de suivi « psychiatrie et santé mentale » : un travail sur la coordination des médecins spécialistes en médecine générale et en psychiatrie a été mené en 2018;
- des travaux réalisés par l'ANESM et en cours ou à venir par la DiQASM dans le domaine de l'addictologie dans les établissements et services sociaux et médico-sociaux.

### **2. Demande de la Direction générale de la santé**

La demande porte sur l'élaboration de recommandations de bonnes pratiques avec production de fiches mémo portant sur :

- le diagnostic précoce et la prise en charge des comorbidités psychiatriques des personnes ayant une addiction ;
- le diagnostic précoce et la prise en charge des troubles addictifs des personnes ayant une pathologie mentale ;
- les modalités de prise en charge intégrée des patients usagers problématiques de cannabis (UPC) et présentant des troubles mentaux sévères (en particulier schizophrénie) ;
- les modalités de prise en charge intégrée des patients fumeurs intenses (tabac) présentant des troubles psychiatriques sévères.

### **3. Analyse et début d'évaluation**

Après inscription au programme de travail, une analyse approfondie de la demande a été réalisée en vue de débiter l'évaluation. Elle se fonde sur une recherche bibliographique systématique.

Des recommandations internationales sont disponibles sur la prise en charge thérapeutique des comorbidités addictives et psychiatriques :

- Sur le plan pharmacologique :
  - British Association for Psychopharmacology (BAP) updated guidelines, 2012 (1),
  - Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments task force (CANMAT), 2012 (2);
- Sur le plan organisationnel :

- National Institute for Health and Care Excellence 2011(3) : le NICE recommande aux professionnels du 1<sup>er</sup> recours de faire appel à un service de psychiatrie. Ceux-ci doivent s'assurer qu'ils ont la compétence pour traiter la psychose et l'addiction et envisager de faire appel à un spécialiste de l'addiction pour conseil, consultation, supervision ou formation. Les professionnels de l'addiction doivent rechercher une psychose et s'assurer qu'ils ont la compétence pour faire le diagnostic et la prendre en charge. Le NICE ne parle pas de soins intégrés,
- Canadian Schizophrenia Guidelines 2017 (4) : les auteurs recommandent le traitement intégré du mésusage de substance et de la psychose dans un même service de santé mentale, plus efficace que les traitements parallèles ou séquentiels. Mais ces services ne sont disponibles que dans quelques grandes villes. En leur absence, un programme de traitement spécialisé de la psychose est recommandé.

Des recommandations et rapports français sont disponibles :

- La Fédération Française de Psychiatrie (FFP) a élaboré une recommandation de bonne pratique sur la prise en charge somatique des patients ayant une maladie psychiatrique sévère avec un chapitre consacré aux addictions (5). Cette recommandation a eu le label de la HAS en 2015. La FFP considère que les soins « intégrés » sont préférés aux modèles « séquentiel » ou « parallèle » pour la prise en charge des patients présentant un trouble bipolaire ou une schizophrénie associé à une conduite addictive. Mais les auteurs reconnaissent que le modèle disponible en France est celui du traitement parallèle : en institution psychiatrique avec une prise en charge parallèle en Centre de Soins d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie (CSAPA) pour les troubles mentaux sévères ou en structure d'addictologie hospitalière pour les conduites addictives. Les auteurs recommandent une coordination entre les structures et les intervenants psychiatriques et addictologiques et proposent de « faire preuve de créativité dans les dispositifs de prise en charge » pour ces patients ;
- Une audition publique organisée par la Fédération Française d'Addictologie (FFA) avec le soutien institutionnel de la DGS et de la MILDECA a été réalisée sur « La réduction des risques et des dommages liés aux conduites addictives » (RdRD), selon la méthode de la HAS (avril 2016)(6) : des freins ont été identifiés bien que la place et la prise en charge des malades psychiatriques aient été assez peu développées ;
- En 2016, le rapport Laforcade soulignait la nécessité de mieux clarifier la prise en charge des addictions et d'améliorer les coordinations (7) ;
- L'Anesm a publié une recommandation sur « 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) » (septembre 2017)(8). Une deuxième recommandation est en cours sur la RdRD dans les centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA) et une troisième est en projet sur la RdRD dans les établissements et services sociaux et médico-sociaux (ESSMS). ;
- Dans le cadre du programme psychiatrie et santé mentale, la HAS a terminé un travail 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 »(9) : les difficultés de coordination des médecins spécialistes en médecine générale avec les acteurs de la psychiatrie en France ont été explicités.

## Conclusions

Compte tenu de l'organisation actuelle de la prise en charge des addictions par des acteurs très divers et de la nécessité de compétences variées, la réalisation d'un travail sur la prise en charge intégrée des comorbidités addictives et psychiatriques requiert une analyse préalable des modèles existants et une meilleure connaissance des différents acteurs et de leurs attentes.

Il est nécessaire dans un premier temps de clarifier les rôles des différents acteurs dans les deux champs puis dans un second temps de définir la prise en charge organisationnelle.

## Références

1. British Association for Psychopharmacology, Lingford-Hughes AR, Welch S, Peters L, Nutt DJ. BAP updated guidelines: evidence-based guidelines for the pharmacological management of substance abuse, harmful use, addiction and comorbidity: recommendations from BAP. *J Psychopharmacol* 2012;26(7):899-952.
2. Beaulieu S, Saury S, Sareen J, Tremblay J, Schutz CG, McIntyre RS, et al. The Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments (CANMAT) task force recommendations for the management of patients with mood disorders and comorbid substance use disorders. *Annals of clinical psychiatry : official journal of the American Academy of Clinical Psychiatrists* 2012;24(1):38-55.
3. National Institute for Health and Care Excellence. Coexisting severe mental illness (psychosis) and substance misuse: assessment and management in healthcare settings. London: NICE; 2011.
4. Crockford D, Addington D. Canadian Schizophrenia Guidelines: Schizophrenia and Other Psychotic Disorders with Coexisting Substance Use Disorders. *Can J Psychiatry* 2017;62(9):624-34.
5. Fédération française de psychiatrie, Conseil national professionnel de psychiatrie. Recommandation de bonne pratique en psychiatrie : comment améliorer la prise en charge somatique des patients ayant une pathologie psychiatrique sévère et chronique. Paris: FFP; 2015. [http://www.psydoc-france.fr/conf%26rm/rpc/Reco\\_Soins\\_Soma\\_Psy.pdf](http://www.psydoc-france.fr/conf%26rm/rpc/Reco_Soins_Soma_Psy.pdf)
6. Fédération française d'addictologie. La réduction des risques et des dommages liés aux conduites addictives 1ère audition publique 2.0. Rapport d'orientation et recommandations de la commission d'audition Paris: FFA; 2016. [http://www.drogues.gouv.fr/sites/drogues.gouv.fr/files/atoms/files/ffa\\_audition\\_publicue\\_rdr\\_201604\\_0.pdf](http://www.drogues.gouv.fr/sites/drogues.gouv.fr/files/atoms/files/ffa_audition_publicue_rdr_201604_0.pdf)
7. Laforcade M. Rapport relatif à la santé mentale Paris: Ministère des affaires sociales et de la santé; 2016. [http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/dgos\\_rapport\\_laforcade\\_mission\\_sante\\_mentale\\_011016.pdf](http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/dgos_rapport_laforcade_mission_sante_mentale_011016.pdf)
8. Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médicaux sociaux, Haute Autorité de santé. 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: HAS; 2017. [https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2018-03/recommandations\\_caarud\\_web.pdf](https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2018-03/recommandations_caarud_web.pdf)
9. Haute Autorité de santé. Coordination entre le médecin généraliste et les différents acteurs de soins dans la prise en charge des patients adultes souffrant de troubles mentaux. Saint Denis La Plaine: HAS; 2018. [https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c\\_2874187/fr/coordination-entre-le-medecin-generaliste-et-les-differents-acteurs-de-soins-dans-la-prise-en-charge-des-patients-adultes-souffrant-de-troubles-mentaux-etats-des-lieux-reperes-et-outils-pour-une-amelioration](https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_2874187/fr/coordination-entre-le-medecin-generaliste-et-les-differents-acteurs-de-soins-dans-la-prise-en-charge-des-patients-adultes-souffrant-de-troubles-mentaux-etats-des-lieux-reperes-et-outils-pour-une-amelioration)