

**NOTE DE  
CADRAGE**

# Annonce d'un diagnostic psychiatrique à un patient

Enjeux et principes, place de l'entourage

Validée par le Collège le 8 septembre 2021

Date de la saisine : 13 juin 2018

Demandeur : Auto-saisine

Service(s) : UDCAP-SBP/DAQSS

Personne(s) chargée(s) du projet : Chazalette Laurence, Dr Marielle Lafont

## 1. Présentation et périmètre

### 1.1. Demande

Ce travail est une auto-saisine de la Haute Autorité de santé (HAS), qui s'inscrit dans le cadre de son [programme « psychiatrie et santé mentale » 2018-2023](#).

### 1.2. Contexte

L'annonce diagnostique est une étape déterminante dans le parcours de santé du patient qui peut influencer sur la prise en charge à venir. L'annonce diagnostique, acte en soi difficile dans toutes les spécialités médicales, pose des problèmes particuliers en psychiatrie.

Les raisons sont liées au fait d'annoncer le diagnostic d'une maladie mentale pouvant être une maladie « vie durant » et pouvant faire partie des pathologies les plus stigmatisées. De plus le mode d'entrée dans la maladie peut être insidieux : qu'il s'agisse des pathologies schizophréniques ou des troubles bipolaires, les premiers épisodes sont rarement francs et présentent souvent des caractères atypiques ou comorbides (notamment avec des addictions).

L'annonce est particulièrement complexe du fait de l'état de santé mentale déjà affecté des patients et de la complexité des facteurs pouvant être impliqués dans la survenue de troubles psychiques.

La manière dont se fait cette annonce peut avoir un impact sur l'adhésion et l'alliance thérapeutique<sup>1</sup> mais aussi pour la relation avec l'ensemble des professionnels impliqués dans la prise en charge de la personne. D'après certains travaux (2), il semble que les modalités de communication lors de l'annonce diagnostique peuvent impacter la compréhension de la maladie, des options de traitement et le pronostic pour les pathologies comme la schizophrénie.

La HAS a déjà publié des travaux relatifs à l'annonce (3-5) et à l'accompagnement du diagnostic d'un patient ayant une maladie chronique, d'une mauvaise nouvelle, ou encore d'un dommage associé aux soins. Ces travaux soulignent l'approche progressive nécessaire, et notamment les trois temps de l'annonce que sont : la préparation de l'annonce, l'annonce et le suivi de l'annonce.

Il existe un dispositif spécifique d'annonce pour certaines pathologies somatiques (en cancérologie (6, 7) où il est obligatoire, en neurologie, et en rhumatologie) permettant aux patients de bénéficier de meilleures conditions d'annonce de leur maladie. Une équipe pluridisciplinaire associant médecins, psychologues, personnels paramédicaux et sociaux est sollicitée afin d'informer, de soutenir et d'accompagner le patient et ses proches.

En psychiatrie, il n'existe pas de dispositif spécifique encadrant l'annonce diagnostique malgré le besoin ressenti sur le terrain (8). Du fait de l'apparition parfois progressive des troubles psychiques et de la durée nécessaire dans certains cas pour confirmer un diagnostic, il semble utile d'envisager cette annonce comme un processus continu et évolutif. De plus, si les patients en psychiatrie s'entendent rarement annoncer le diagnostic d'une maladie potentiellement mortelle, l'évocation du risque suicidaire lors d'un trouble de l'humeur sévère ou l'usage du terme schizophrénie peuvent être vécus de manière traumatique (9) par le patient et par son l'entourage.

Le terme de diagnostic fait référence aux pathologies identifiées au sein de deux classifications diagnostiques, auxquelles correspondent des indications thérapeutiques médicales<sup>2</sup>. On y retrouve par exemple la dépression, la schizophrénie, les troubles bipolaires, les troubles anxieux.

Selon l'Organisation mondiale de la santé (OMS), une personne sur quatre sera touchée à un moment de sa vie par un trouble psychique. Les troubles psychiques comptent parmi les causes principales de morbidité et de mortalité (10, 11). Ces troubles, et la souffrance qu'ils engendrent, ont des répercussions sur la vie personnelle et sociale des personnes concernées ainsi que sur leur entourage (12).

Il s'agit de pathologies complexes et très hétérogènes dont les causes sont d'origine biopsychosociale. Les patients avec troubles psychiques souffrent aussi souvent de comorbidités telles que les addictions, les troubles neurologiques, cardiovasculaires, métaboliques...

---

<sup>1</sup> L'alliance thérapeutique se définit comme la collaboration mutuelle, le partenariat entre le patient et le thérapeute dans le but d'accomplir les objectifs fixés (1)

<sup>2</sup> 4 Il existe deux classifications internationales relatives aux troubles mentaux : la CIM et le DSM. La classification internationale des maladies (ou CIM) est réalisée par l'OMS. La version actuelle en est la onzième : CIM-11. Le manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders ou DSM) est rédigé par l'Association américaine de psychiatrie (APA).

## Les problématiques identifiées relatives à l'annonce diagnostique en psychiatrie sont les suivantes :

- Ce sujet traite des droits à l'information du patient (information et consentement éclairé, accès au dossier médical, confidentialité des données personnelles du patient). Les aspects médico-légaux relatifs à l'annonce et à l'accompagnement de celle-ci devront être développés dans ces travaux ainsi que les responsabilités médicales ;
- L'annonce est une étape clé d'information du patient et elle conditionne l'alliance thérapeutique et la prise en charge à venir (adhésion thérapeutique, pronostic etc). L'annonce diagnostique est une étape qui peut être très délicate et douloureuse. Si elle est bien menée par le médecin et l'équipe, elle peut être vécue comme un soulagement par le patient. L'annonce diagnostique représente aussi un moment émotionnellement difficile pour l'entourage. Dans certains cas exceptionnels, la volonté d'une personne d'être tenue dans l'ignorance d'un diagnostic ou d'un pronostic doit être aussi respectée<sup>3</sup> ; Il est alors nécessaire que le médecin interroge le patient et comprenne son refus d'information afin de respecter ses choix, et éventuellement qu'il adapte le contenu de l'information à transmettre ;
- **Les difficultés d'acceptation de la maladie sont particulièrement importantes en psychiatrie**, pouvant conduire, dans certains cas, à la mise en œuvre de soins sans consentement lorsque des soins immédiats assortis d'une surveillance constante sont nécessaires. La pathologie peut empêcher le patient d'accepter sa maladie (troubles cognitifs, déni, conscience ou non de ses troubles etc.). Ces difficultés d'acceptation peuvent aussi être rencontrées par l'entourage. Si une connaissance du diagnostic peut faciliter une plus grande adhésion au traitement et favoriser l'alliance thérapeutique entre le patient et le médecin<sup>11</sup> la manière dont le diagnostic est annoncé peut également influencer la façon dont il sera compris et accepté par le patient ;
- Du fait de la complexité de certaines pathologies, du polymorphisme clinique, et de l'absence de validation externe du diagnostic, une prudence s'impose au médecin et parfois **il peut exister des doutes et des difficultés à poser un diagnostic**. Au démarrage de la prise en charge, les symptômes initiaux peuvent être non spécifiques d'une pathologie. Les professionnels peuvent aussi avoir des difficultés liées au choix des référentiels nosographiques pour formuler un diagnostic (DSM5, CIM11), les critères de diagnostics pouvant varier d'un référentiel à l'autre. L'existence de ces différentes classifications illustrent la difficulté de formuler l'annonce diagnostique.
- Il est fait état de **délais parfois longs pour formuler le diagnostic de certaines pathologies**.
- Le pronostic de la plupart des troubles psychiques s'améliore lorsque le diagnostic et la prise en charge sont faits précocement Or, entre l'apparition des troubles puis leur éventuelle aggravation, il peut y avoir un délai important. Durant cette période pré diagnostique, une prise en charge est tout de même proposée au patient. La pathologie schizophrénique a 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 diagnostique ne soit pas toujours faite (13).
- **Des diagnostics évolutifs en cours de prise en charge.**

<sup>3</sup> [La loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé](#)

- Le diagnostic peut être affiné, voire modifié en cours de prise en charge, ce qui implique une nouvelle annonce. Dans certains cas, l'état de santé des patients peut être à la frontière entre plusieurs diagnostics et la pathologie peut être fluctuante.
- L'ensemble de ces éléments conduit à s'interroger sur la notion de **progressivité de l'annonce**, dans le cadre d'un processus continu, en impliquant la personne dans le repérage des symptômes.
- **L'importance de l'information de l'entourage, avec l'accord du patient**, a été soulignée. L'entourage peut en effet aider le patient à traverser cette étape et son soutien lui permettre de mieux appréhender les informations délivrées ;
- Les questions de l'impact de l'annonce sur le patient et l'accompagnement indispensable à l'issue de celle-ci ont été soulevées. En effet le patient peut avoir de vives réactions (choc de l'annonce) nécessitant un accompagnement immédiat, puis un accompagnement à court, moyen et long terme, tout en prenant en compte l'entourage proche ;
- La **représentation sociale des troubles psychiques** évolue peu à peu mais reste très influencée par l'actualité médiatique, les faits divers, les œuvres de fiction, etc. et ces maladies sont souvent mal comprises. Il existe une **stigmatisation importante de ces patients** dans la population générale mais aussi parfois chez les professionnels de santé. La stigmatisation est différente selon la pathologie (pathologies associées à la folie pour certaines et pour d'autres à un manque de volonté, etc.). De plus, recevoir un diagnostic impacte aussi le regard du patient sur lui-même pouvant induire une autostigmatisation (8). Les patients ont alors tendance à cacher la pathologie de peur d'être stigmatisés ;
- **La coordination entre le médecin traitant, le psychiatre et dans certains cas le service des urgences peut s'avérer nécessaire** pour l'annonce diagnostique de pathologies sévères et la suite de la prise en charge. Cela pose la question de l'annonce diagnostique coordonnée en déterminant également la place du psychologue et de l'équipe de soins dans l'accompagnement de cette annonce. Un échange entre ces professionnels est alors important tout en respectant le secret professionnel et après en avoir informé patient. L'échange et le partage d'informations entre professionnels des secteurs sanitaire, médico-social et social sont réalisés selon le cadre établi par les textes législatifs (art.L1110-4 du CSP et articles R1110-1 et suivants du CSP). Les urgences sont un lieu où des diagnostics peuvent aussi être évoqués. La pathologie psychiatrique ne doit pas occulter d'autres pathologies somatiques dans les situations d'urgence au risque d'occasionner d'éventuelles **pertes de chance pour les patients** (vigilance sur l'origine des troubles).

Compte tenu de l'ensemble de ces éléments, il apparaît nécessaire de prévoir une démarche particulière propre à l'annonce diagnostique en psychiatrie.

### 1.3. Enjeux

Ce travail revêt plusieurs enjeux :

- Des enjeux liés à l'amélioration de la qualité de la prise en charge ;.
- Des enjeux de santé publique importants compte tenu de la fréquence des troubles psychiques. L'OMS (14) retient cinq maladies mentales parmi les dix pathologies majeures du XXI<sup>e</sup> siècle : la schizophrénie, les troubles bipolaires, les dépressions, les addictions et les troubles obsessionnels compulsifs. Ces pathologies représentent l'une des premières causes d'invalidité et d'arrêts maladie de longue durée (15). Elles représentent aussi le premier poste de dépense de la Cnamts. Par ailleurs, une étude récente a montré une diminution de l'espérance de vie

atteignant en moyenne seize ans chez les hommes et treize ans chez les femmes suivis pour des troubles psychiques sévères ainsi que des taux de mortalité systématiquement supérieurs à ceux de la population générale, particulièrement marqués pour la mortalité prématurée, et ce quelle que soit la cause du décès (16). Ces patients présentent donc des pertes de chance importantes ;

- Des enjeux éthiques liés au respect des droits des patients, à la qualité des soins et à la sécurité du patient et de son entourage ;
- Des enjeux sociétaux du fait de la représentation de ces troubles psychiques dans la société et de la stigmatisation encore prononcée <sup>4</sup> des patients.

## 1.4. Cibles

La cible visée est prioritairement les médecins psychiatres. Cette recommandation concerne également les médecins généralistes ainsi que l'équipe pluri professionnelle impliquée dans l'annonce diagnostique en psychiatrie (infirmière, psychologue). Une déclinaison de cette recommandation dans un document patient pourra le cas échéant être discutée avec le groupe.

## 1.5. Objectifs

L'objectif de ce travail est d'améliorer les conditions d'annonce diagnostique et de mettre à disposition des médecins et des équipes des repères sous la forme d'un guide/document court de bonnes pratiques. Il décrira les particularités à prendre en compte en psychiatrie. Il permettra d'aider les professionnels à accompagner le patient et son entourage dans la connaissance et dans la gestion de la maladie à la suite de l'annonce.

## 1.6. Délimitation du thème / questions à traiter

Ce guide traitera de l'annonce diagnostique de troubles psychiatriques sévères et/ou persistants **chez l'adulte. Les pathologies concernées feront l'objet d'une discussion en groupe de travail.** Dans un second temps ce travail pourra faire l'objet d'une démarche complémentaire, compte tenu du fait que beaucoup de pathologies peuvent débuter à l'adolescence voire pendant l'enfance, et que la place des parents ou responsables légaux vis-à-vis d'un patient mineur est différente.

Le guide s'efforcera de répondre aux questions suivantes :

**1/ Quel est le contexte/l'état des lieux/ quelles sont les expériences existantes ?** définitions, problématiques soulevées/complexité d'une démarche diagnostique/ la notion de processus d'annonce ? quelle est la plus value et l'utilité de l'annonce diagnostique ?

**2/ Comment s'assurer du diagnostic avant de l'annoncer ?**

Des premiers troubles parfois non spécifiques à la confirmation du diagnostic (avis d'équipe si difficultés, échanges entre le médecin traitant, le psychiatre et les services des urgences, réflexion collective pluriprofessionnelle ? instauration de temps d'échanges entre pairs ? et sous quelles formes ? téléexpertises ? messageries sécurisées ? réunion de concertation pluridisciplinaire ?, nécessité de bilan somatique préalable ? quelle prise en charge est proposée en attendant la confirmation du diagnostic ? la prise en compte du genre/sexe dans le diagnostic ?, qui doit l'annoncer ? le psychiatre référent ? quel soutien est prévu au sein de l'équipe ? autres questions) ?

**3/ Quelles sont les différentes étapes et modalités du processus d'annonce diagnostique ?**

Quels sont les droits du patient en termes d'information à recevoir ? quelles sont les obligations médico-légales et celles relatives au respect du secret médical ?

Quel est le bon moment pour réaliser cette annonce ? (état clinique du patient, évaluation de la perception du patient, est-il prêt à entendre ?, prévoir le temps nécessaire). L'accès au diagnostic doit-il faire l'objet d'une attention particulière ? Comment éviter que la personne ou la famille l'apprenne par déduction à travers une ordonnance de prescription médicamenteuse (ex : à travers le résumé caractéristique des produits de médicaments antipsychotiques), ou un compte-rendu d'hospitalisation, un certificat médical. Prendre en compte les éléments sociaux et médico- sociaux ?

Comment respecter les règles légales en matière de confidentialité et de partage d'informations avec les professionnels concernés par la prise en charge et avec l'entourage ? Faut-il différencier l'approche de l'annonce en fonction de la sévérité de la maladie ou de l'évolution des pathologies ou du niveau de conscience du patient de sa pathologie ?

Quels sont les différents temps de l'annonce ? (préparation avant l'annonce/annonce progressive / suivi post annonce), faut il une approche pluriprofessionnelle ? y a-t- il un temps médical, un temps soignant , un temps avec le psychologue, et un temps social ?

Quelles sont les différentes étapes nécessaires d'acceptation de la maladie par le patient ? faut il établir une progressivité de l'annonce diagnostique pour une meilleure appropriation ? comment mieux associer la personne et proposer une démarche centrée patient ?

La manière de réaliser l'annonce/l'attitude : importance de l'alliance thérapeutique préexistante médecin/patient/équipe et implication de l'entourage, importance du choix des mots utilisés, échanges/dialogue, approche personnalisée, reprise des termes du patient, écoute et reformulation par le patient, et ce qu'il faut éviter (infantilisation....), quel est le bon endroit ? quelles conditions ? quelle durée prévoir ?

Quel est le contenu/la nature des informations à donner (informations sur la maladie, conséquences dans la vie quotidienne, échéances à venir, les évolutions possibles de la pathologie, acteurs impliqués dans l'information à transmettre, ne pas laisser entendre que tout est définitif, perspectives d'améliorations, planification des soins, intérêt de la place de l'entouragesauf conflit antérieur....) ?

Comment personnaliser le processus d'annonce ? Comment impliquer le patient et le rendre acteur ? comment co-construire avec lui les étapes à venir ? quelles informations sont utiles à recueillir de sa part ? le questionner sur les troubles qu'il a lui même repérés et sur ses compétences conservées, quelle représentation et acceptation il a de la pathologie ?

Quelle est la place de l'alliance thérapeutique et comment la renforcer ?

Quelle est la place de l'entourage ? discussion préalable avec le patient, accord, quelle forme peut prendre cet accord ? quelle place donner à l'entourage ? y a-t-il actuellement des conflits majeurs entre le patient et son entourage ?

#### **4/ Quel accompagnement et quel suivi de cette annonce ?**

Faut il considérer l'annonce comme une étape indispensable du parcours du patient ? quel accompagnement immédiat est prévu à la suite de cette annonce ? quels sont les aspects médico-légaux à la suite de l'annonce ? puis quel accompagnement à moyen et long terme ?

Doit-on toujours, déjà à ce stade, aborder le projet personnalisé de soins et de vie ?, quelle planification des soins, quelles sont les aides possibles sur le territoire, quelles sont les perspectives évolutives de la pathologie et quel espoir peut être donné au patient ? quelle orientation vers les associations ?



## 2. Modalités de réalisation

- HAS
- Label
- Partenariat

### 2.1. Méthode de travail envisagée et actions en pratique pour la conduite du projet

Les étapes sont les suivantes :

- Recherche et analyse bibliographique. Auditions préalables d'experts (mai 2021): Fnapsy, Unafam, Dr Chever Nicolas (conférence nationale des CME de CHS), Dr Charles Alezrah, Dr Urbain, psychiatre libéral en cours d'audition ;
- Réunion des parties prenantes : Fnapsy, Unafam, CNQSP collège national pour la qualité des soins en psychiatrie, FFP fédération française de psychiatrie, conférences nationales des présidents de CME de CHU, de CH, de CHS, Espic<sup>5</sup> cliniques privées, CMG collège de médecine générale, FFPP fédération française des psychologues et de la psychologie, CEFI PSY comité d'étude des formations infirmières et des pratiques en psychiatrie, CNP de médecine d'urgence ;
- Groupe de travail pluriprofessionnel à réunir 3 (ou 4) fois avec la nomination d'un président de groupe ;
- Relecture par les parties prenantes et autres experts.

### 2.2. Composition qualitative des groupes

**Composition du groupe de travail :** psychiatres libéraux et hospitaliers dont psychiatres exerçant aux urgences, un pédopsychiatre, médecins généralistes, associations des usagers (Fnapsy et Unafam), psychologues, infirmiers psychiatriques, assistante sociale exerçant en psychiatrie, anthropologue ou spécialiste en sciences sociales et culture/santé, pharmacien d'officine, ainsi qu'un juriste.

**Composition du groupe de lecture :** il sera constitué des membres du groupe des parties prenantes initialement consultés et des experts volontaires non retenus dans le cadre du groupe de travail.

### 2.3. Productions prévues

Un guide/document court d'amélioration des pratiques professionnelles incluant, selon les possibilités, des outils opérationnels et partagés. Ces livrables pourraient, le cas échéant, être utiles, dans des sessions de formations.

Un document d'information patient/entourage et pour les professionnels de santé (à voir avec le groupe de travail).

## 3. Calendrier prévisionnel des productions

- Date de passage en commission : 6 juillet 2021
- Date de passage au collège : 08/09/2021
- Livrable : second trimestre 2022

<sup>5</sup> ESPIC : Etablissement privé d'intérêt collectif

## Références bibliographiques

1. Bioy A, Bachelart M. L'alliance thérapeutique : historique, recherches et perspectives cliniques. *Perspectives Psy* 2010;49(4):317-26.
2. Farooq S, Johal RK, Ziff C, Naeem F. Different communication strategies for disclosing a diagnosis of schizophrenia and related disorders. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2017; Issue 10:CD011707. <http://dx.doi.org/10.1002/14651858.CD011707.pub2>
3. Haute Autorité de Santé. Annoncer une mauvaise nouvelle. Mise à jour le 04/02/2010. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2008. [https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2008-10/fiche\\_methode\\_annoncer\\_une\\_mauvaise\\_nouvelle\\_v1.pdf](https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2008-10/fiche_methode_annoncer_une_mauvaise_nouvelle_v1.pdf)
4. Haute Autorité de Santé. Annonce d'un dommage associé aux soins. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2011. [https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2011-05/annonce\\_dommage\\_associe\\_aux\\_soins\\_4\\_pages.pdf](https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2011-05/annonce_dommage_associe_aux_soins_4_pages.pdf)
5. Haute Autorité de Santé. Annonce et accompagnement du diagnostic d'un patient ayant une maladie chronique. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2014. [https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2014-05/2e\\_version\\_format2clics-aa\\_patient\\_mc\\_300414.pdf](https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2014-05/2e_version_format2clics-aa_patient_mc_300414.pdf)
6. Institut national du cancer. Évolution du dispositif d'annonce d'un cancer. référentiel organisationnel. Boulogne-Billancourt: InCA; 2019. <https://www.e-cancer.fr/Expertises-et-publications/Catalogue-des-publications/Evolution-du-dispositif-d-annonce-d-un-cancer>
7. Institut national du cancer, La Ligue contre le cancer. Recommandations nationales pour la mise en œuvre du dispositif d'annonce du cancer dans les établissements de santé. Mesure 40 du plan cancer. Boulogne-Billancourt: InCA; 2005.
8. Chevrier F, M'bailara K. Penser le dispositif d'annonce diagnostique en santé mentale. *L'Encéphale* 2019;45(5):451-3. <http://dx.doi.org/10.1016/j.encep.2018.10.008>
9. Galinowski A. L'annonce du diagnostic en psychiatrie. *Laennec* 2011;59(3):44-58. <http://dx.doi.org/10.3917/lae.113.0044>
10. Organisation mondiale de la santé. Rapport sur la santé dans le monde 2001 : la santé mentale : nouvelle conception, nouveaux espoirs. Genève: OMS; 2001. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/42391>
11. Organisation mondiale de la santé. Santé mentale : relever les défis, trouver des solutions. Rapport de la Conférence ministérielle européenne de l'OMS. Copenhague: OMS; 2006. [https://www.euro.who.int/\\_data/assets/pdf\\_file/0008/98918/E88538.pdf](https://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0008/98918/E88538.pdf)
12. 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. Paris: CNAMTS; 2017. [https://www.ameli.fr/sites/default/files/rapport-activite-charges-produits-18\\_assurance-maladie.pdf](https://www.ameli.fr/sites/default/files/rapport-activite-charges-produits-18_assurance-maladie.pdf)
13. Villani M, Kovess-Masféty V. Qu'en est-il de l'annonce du diagnostic de schizophrénie aujourd'hui en France ? *L'Encéphale* 2017;43(2):160-9. <http://dx.doi.org/10.1016/j.encep.2016.01.011>
14. World Health Organization. The global burden of disease: 2004 update. Geneva: WHO; 2004. [https://www.who.int/healthinfo/global\\_burden\\_disease/GBD\\_report\\_2004update\\_full.pdf](https://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/GBD_report_2004update_full.pdf)
15. Ministère de la santé et des solidarités. Plan psychiatrie et santé mentale 2011-2015. Paris: Ministère de la santé et des solidarités; 2012. [https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Plan\\_Psychiatrie\\_et\\_Sante\\_Mentale\\_2011-2015.pdf](https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Plan_Psychiatrie_et_Sante_Mentale_2011-2015.pdf)
16. Coldefy M, Gandré C. Atlas de la santé mentale en France. Paris: IRDES; 2018. <https://www.irdes.fr/recherche/ouvrages/007-atlas-de-la-sante-mentale-en-france.pdf>
17. Senon J-L, Jonas C. Droit des patients en psychiatrie. *Encycl Med chir Psychiatrie* 2004;1:107-27.
18. Brocq H. Éthique et annonce de diagnostic. Informer ou l'art de mettre les formes. *Le Journal des psychologues* 2008;259(6):65-9. <http://dx.doi.org/10.3917/jdp.259.0065>
19. Baylé F, Chauchot F, Maurel M. Enquête sur l'annonce du diagnostic de schizophrénie en France. *L'Encéphale* 1999;XXV:603-11.
20. Milton AC, Mullan BA. Communication of a mental health diagnosis: a systematic synthesis and narrative review. *J Ment Health* 2014;23(5):261-70. <http://dx.doi.org/10.3109/09638237.2014.951474>
21. Seeman MV. Breaking bad news: schizophrenia. *Journal of psychiatric practice* 2010;16(4):269-76. <http://dx.doi.org/10.1097/01.pra.0000386915.62311.4d>
22. Perkins A, Ridler J, Browes D, Peryer G, Notley C, Hackmann C. Experiencing mental health diagnosis: a systematic review of service user, clinician, and carer perspectives across clinical settings. *Lancet Psychiatry* 2018;5(9):747-64. [http://dx.doi.org/10.1016/s2215-0366\(18\)30095-6](http://dx.doi.org/10.1016/s2215-0366(18)30095-6)
23. Carpiello B, Wasserman D. European Psychiatric Association policy paper on ethical aspects in communication with patients and their families. *Eur Psychiatry* 2020;63(1):e36. <http://dx.doi.org/10.1192/j.eurpsy.2020.33>